

Библиотека практического психолога

Диагностика психических нарушений

Практикум

УДК 616.8
Д32

Демьянов Ю. Г.

Д32 Диагностика психических нарушений: Практикум / Оформл. обл. А. С. Андреева.— СПб.: ИД «МиМ», ТОО «Респекс», 1999.— 224 с.

ISBN 5-8097-0023-3

В книге рассматриваются актуальные проблемы диагностики психических нарушений, встречающихся у людей различных возрастных категорий.

Данное издание может быть использовано студентами психологических факультетов университетов в качестве практикума по курсу «Возрастная психиатрия». В то же время оно представляет интерес для широкого круга читателей: психологов всех специализаций, врачей, социальных педагогов, юристов, дефектологов, логопедов, которым в той или иной мере приходится иметь профессиональный контакт с людьми, страдающими психическими отклонениями.

Книга заинтересует также родителей, поможет им своевременно обратить внимание на отклонения в психике и поведении ребенка и обратиться к специалисту.

ДЕМЬЯНОВ Юрий Генрихович

ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

ПРАКТИКУМ

Редактор *Ю. И. Смирнов*
Технический редактор *Л. И. Каряева*
Корректор *Л. В. Томутова*
Компьютерная верстка *А. Г. Хуторовская*

ЛР № 065378 от 22.08.97.

Подписано в печать 10.01.99. Формат 84×108 1/32. Бумага типографская. Гарнитура «Школьная». Печать высокая. Усл. печ. л. 11,76. Усл. кр.-отт. 12,16. Уч.-изд. л. 8,95. Тираж 15 000 экз. Заказ № 301.

ТОО «Респекс». 198013, Санкт-Петербург, ул. Можайская, 18-7.

Отпечатано с диапозитивов в ГПП «Печатный Двор» Государственного комитета РФ по печати. 197110, Санкт-Петербург, Чкаловский пр., 15.

ISBN 5-8097-0023-3

ПРЕДИСЛОВИЕ

Психиатрия — это область клинической медицины, которая изучает причины и механизмы психических нарушений, проявления заболеваний, их течение и исходы, способы профилактики, лечения, социально-психологической и личностной реабилитации людей с нарушениями психической деятельности.

Психиатрию или отдельные ее разделы изучают студенты психологических, юридических факультетов университетов, медицинских институтов, факультетов коррекционной педагогики, дошкольного воспитания и педагогики начальных классов педагогических институтов, социальные работники и люди ряда других специальностей, которым в силу своей профессии приходится постоянно сталкиваться с проблемой понимания поведения человека в стандартных, стрессовых и экстремальных жизненных обстоятельствах и влиять на его поведение.

Данное учебное пособие предназначено для облегчения овладения курсом «Возрастная психиатрия» студентами психологических факультетов университетов, для помощи им в приобретении навыка диагностической работы с людьми, страдающими психическими нарушениями. При этом нужно иметь в виду, что пациенты могут быть в любом возрасте, они имеют свое прошлое, настоящее и будущее, у них есть круг близких и значимых для них людей, которые находятся с пациентами в тесном взаимодействии, поэтому, чтобы продуктивно оказать профессиональную помощь, необходимо представлять себе особенности проявления патологии у людей разных возрастных групп, научиться определять зыбкие границы между нормой и патологией с учетом возрастных, индивидуальных особенностей людей и конкретных жизненных обстоятельств, в которых

проявляются трудности адаптации больных к окружающей действительности, расстройства взаимоотношений с людьми, нарушения адекватного восприятия и понимания ими окружающего мира.

Усвоение курса «Возрастная психиатрия» позволит студентам в дальнейшем овладеть такими связанными с ним дисциплинами, как «Психологическая коррекция», «Психопрофилактика и психотерапия», и сделает возможным оказание психологической и психотерапевтической помощи пациентам индивидуально и в их микросоциальном окружении — семьях, учебных и рабочих коллективах и т. п.

Материал пособия представлен двумя разделами. В первом («Общая часть») содержится информация о стратегии ведения клинической беседы с пациентами для получения данных об их жизни, жалобах, о нарушениях отдельных психических процессов и квалификации этих нарушений в виде психопатологических симптомов и синдромов с учетом возраста пациентов. Здесь представлены сведения о необходимых для диагностики заболеваний соматических, неврологических и параклинических показателях, дана современная классификация психических заболеваний.

Во втором разделе («Частная психиатрия») представлены сведения о причинах и проявлениях отклонений в психическом развитии, патологии личности и об отдельных психических заболеваниях людей с учетом их возрастных особенностей.

При описании признаков заболеваний, отклонений в личностном или интеллектуальном развитии даются ссылки на некоторые психодиагностические методики, использование которых может помочь в квалификации патологической деятельности.

Книга может оказаться полезной для широкого круга читателей: врачей, социальных педагогов, юристов, дефектологов, логопедов, которым в той или иной мере приходится иметь профессиональный контакт с людьми, страдающими психическими отклонениями.

Возможно, книга заинтересует и родителей, поможет им своевременно обратить внимание на отклонения в психике и поведении ребенка и обратиться к специалисту.

ОБЩАЯ ЧАСТЬ

ЗНАКОМСТВО С БОЛЬНЫМ. ВЕДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ

Одной из основных задач первой встречи психолога с пациентом является выявление жалоб, истории его жизни и основной психологической симптоматики для квалификации заболевания.

Для достижения этого с первых моментов беседы необходимо стараться установить доброжелательные и доверительные отношения с пациентом. Поэтому желательно держаться естественно, спокойно, независимо от состояния больного, но и не дистантно, показывая больному, что вы готовы его выслушать, понять и по возможности помочь. Прежде чем беседовать, пригласите его присесть не очень далеко от вас, но и не вплотную (обычно на расстоянии 1–1,5 метра).

Не торопитесь начать беседу. Дайте больному возможность осмотреться, приглядеться к вам. За это время вы сможете оценить его позу, осанку, мимику. Начать беседу после этого целесообразно со знакомства. Вначале представьтесь пациенту, объясните ему, кто вы, что намерены делать и для чего это необходимо. Затем узнайте его фамилию, имя, отчество, возраст, домашний адрес и жилищные условия, семейное положение, образование, место учебы или работы.

Если на обследовании находится ребенок раннего возраста, лучше, чтобы вначале он находился на

руках у матери; вопросы о ребенке по большей части будут адресованы к ней. Так вы сможете оценить, как они взаимодействуют друг с другом, какова реакция матери на состояние ребенка, отметить особенности его поведения на приеме. Не следует форсировать контакт с самим ребенком. Лучше перейти к этому тогда, когда малыш достаточно привыкнет к обстановке и вашему присутствию.

Ребенка дошкольного возраста лучше вначале встречи усадить рядом с матерью, а если он слишком робок или боязлив, разрешить посидеть у нее на коленях.

Вслед за первичным знакомством необходимо выслушать жалобы больного или его родственников. Но вряд ли следует задавать вопрос «в лоб»: «На что жалуетесь?» Лучше спросить: «Что случилось? Что привело вас к нам? Какие проблемы вас беспокоят? Пожалуйста, расскажите, какие трудности у вас возникли? Чем бы я мог вам помочь?» и т. п.

Очень важно получить детальную информацию о жалобах пациента, поэтому ему можно помогать дополнительными уточняющими вопросами типа: «Мне не совсем ясно. Как это так? А что бы это значило? Как это началось? Сколько продолжалось? Где же это возникло? И как было дальше?» и т. п. Будьте при этом готовы к тому, что больной не считает себя больным, проявляет раздражение, гнев. Постарайтесь в мягкой форме показать ему, что вы понимаете его состояние и предлагаете вместе разобраться в происходящем. Не следует выражать удивление, возражать, высказывать недоверие или сомнение в истинности того, о чем сообщает пациент. Помните, что ваша основная стратегическая задача — получить как можно более полную и детальную информацию о переживаниях больного и (или) его родственников.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО (АНАМНЕЗ)

Анамнез бывает субъективный (со слов больного) и объективный (со слов близких людей). Естественно, что чем младше ребенок, тем больший удельный вес приобретает объективный анамнез. Но в любом случае необходимо собрать и субъективный, и объективный анамнез, для того чтобы он приобрел стройный, последовательный и достаточно полный характер.

Ряд психических заболеваний возникает при генетической к ним предрасположенности, поэтому в некоторых семьях такие болезни встречаются часто. Необходимо выяснить, не было ли каких-либо отклонений в характере, в социальной адаптации у родителей вашего пациента и их родственников в настоящем и в предыдущих поколениях, не отмечались ли у них нервно-психические заболевания.

При ведении клинической беседы полезно получить ответы на ряд вопросов, чтобы лучше представить себе картину заболевания.

От какой по счету беременности родился данный пациент?

Как относились к беременности члены семьи?

Как протекала беременность и роды?

Как восприняли рождение ребенка братья, сестры, другие родственники?

Как протекал период новорожденности и раннего детства? Какие у малыша были заболевания в этот период, отклонения в темпе и характере психомоторного развития, особенности поведения и взаимоотношений с матерью?

Как протекало дошкольное детство?

Как складывались отношения с членами семьи, с посторонними детьми и взрослыми?

Как пациент адаптировался к обстановке детского сада или других дошкольных детских групп?

Каковы его любимые игры, привязанности, симпатии и антипатии этого периода жизни, взаимоотношения с детьми противоположного пола?

Чем болел ребенок в этот период жизни?

Как относился к подготовительным занятиям перед поступлением в школу и чему научился?

Как складывались отношения с первой учительницей, одноклассниками, как малыш учился в начальной школе?

Как он относился к домашним заданиям, чем увлекался в свободное от учебы время?

Какие особенности внутрисемейных взаимоотношений отмечались в период обучения пациента в младших классах школы?

С кем был дружен ребенок и как относился к детям противоположного пола?

Изучая особенности периода пубертатного возрастного криза у пациента, следует также получить ответы на ряд вопросов.

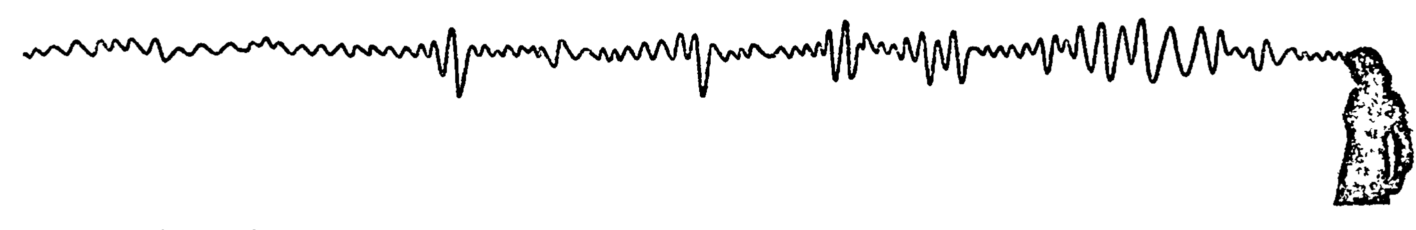
Как в этот период строились его взаимоотношения с членами семьи, с учителями, с ровесниками?

Как подросток проводил свободное время, чем увлекался, кто были его друзья, кому он стремился подражать?

Был ли удачным первый сексуальный опыт?

Когда это происходило и как повлияло на дальнейшую сексуальную сторону жизни?

Чем болел пациент в этом возрасте?



Чтобы получить более полное представление о характере пациента, нужно определить, что повлияло в юности на выбор им жизненного пути.

Где и как учился, работал, служил в армии?

Были ли у него друзья, любовь, привязанности и увлечения в этот период?

Выясните, как пациент вступал в брак, мотивы брака, предшествующие ему ожидания. Как протекал первый год супружества?

Когда появился первый ребенок и как относились к нему родители и другие родственники? Каковы были тогда условия жизни в семье?

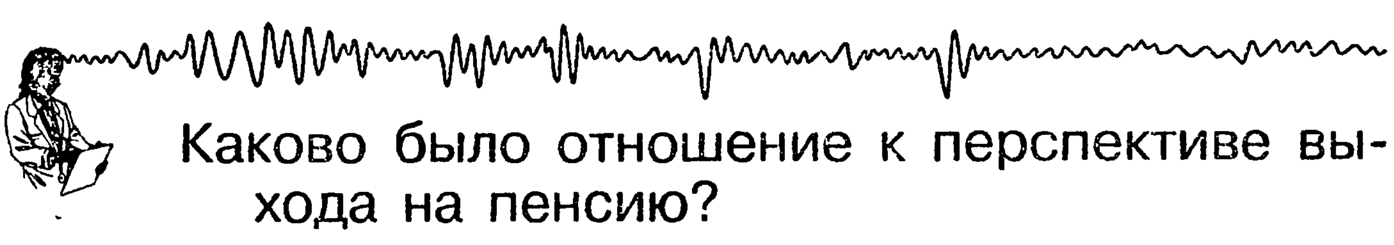
Когда еще рождались дети (последовательность рождения, их пол, взаимоотношения)?

Какие заболевания перенес пациент в этот период?

Выясните динамику профессионального роста, социального статуса, семейных взаимоотношений,

условий жизни, интересов и увлечений пациента в период зрелого возраста. Уточните, какие были заболевания и стрессовые обстоятельства на этом возрастном этапе. Необходимо узнать, не злоупотреблял ли пациент алкоголем, наркотиками, не было ли у него черепно-мозговых травм. Как строились отношения пациента с его родителями и родственниками жены (мужа)?

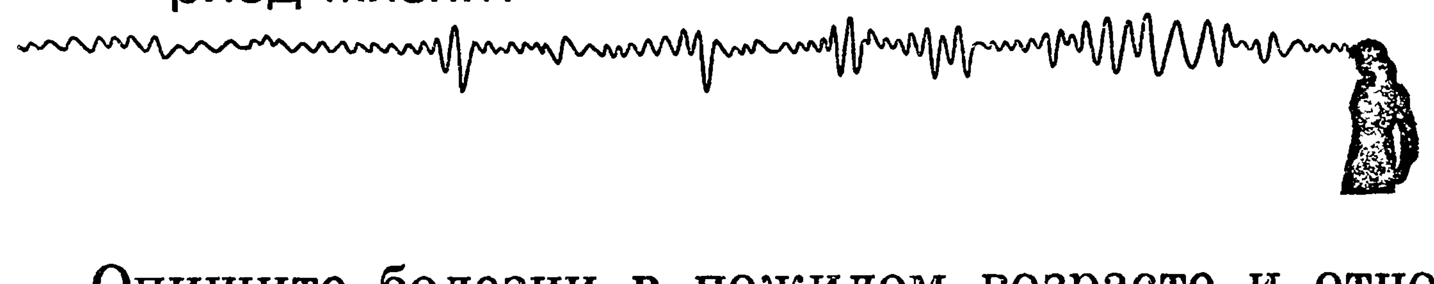
Отметьте, как протекал у пациента период инволюционного возрастного криза.



Каково было отношение к перспективе выхода на пенсию?

Как строились супружеские взаимоотношения, отношения с детьми, с друзьями?

Каковы ведущие интересы и увлечения в этот период жизни?



Опишите болезни в пожилом возрасте и отношение к ним пациента. Какие случались стрессовые ситуации и как их переносил пациент?

Выясните условия жизни пациента в старости, его материальные возможности, место проживания, отношения с близкими людьми, с друзьями, его увлечения, характер свободного времяпрепровождения, степень самостоятельности и независимости в жизни. Какие заболевания в этот период жизни выходят на первый план? Уточните, как пациент относится к болезням и смерти. Чего ожидает он от жизни?

ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Для диагностирования необходимо выяснить некоторые вопросы, которые помогут уточнить историю заболевания.



Когда у пациента впервые возникли признаки психических нарушений, где это произошло, при каких обстоятельствах?

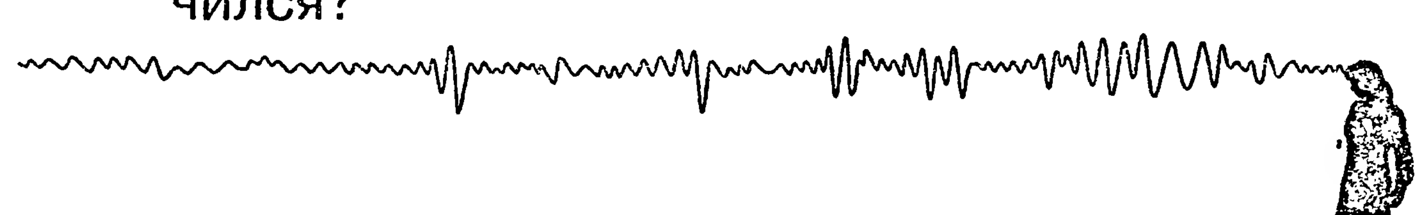
К кому пациент обращался за помощью и что предпринималось в связи с этим?

Как и что менялось в психопатологических проявлениях с течением времени?

Как реагировали на изменение поведения пациента его родственники, друзья, товарищи по учебе, сослуживцы?

Если больной в прошлом посещал психолога и психиатра в психоневрологическом диспансере (ПНД), лечился в дневном стационаре или в больнице, то следует выяснить, сколько раз и как долго проходили курсы лечения, какие в то время наблюдались патологические переживания.

Как они со временем менялись и чем пациент лечился?



После выяснения характера течения заболевания (если оно не возникло впервые) можно приступить к анализу последнего обострения симптоматики: когда, где, при каких обстоятельствах

и в какой форме проявились переживания болезненного характера?

Вопросы больному, касающиеся его заболевания, стоит задавать в мягкой, по возможности не в прямой форме, чтобы избежать навязывания больному определенного ответа. Например, вопросы могут звучать так: «Когда впервые у вас возникло желание продумать и с кем-либо обсудить какие-то свои сложные и, может быть, не совсем обычные для вас переживания? Не могли бы вы вспомнить, что именно стало беспокоить вас прежде всего? А как вы это расценили? Что чувствовали тогда? И к какому выводу пришли? Вы полагали, что вокруг вас происходят не совсем обычные вещи или дело заключается в вас, в ваших душевных переживаниях? Когда вы приняли решение проконсультироваться с психологом или психиатром?» и т. д.

Неплохо в конце этого собеседования постараться выявить самооценку больного в целом и сопоставить ее с вашим собственным впечатлением. Для этого целесообразно помогать больному наводящими вопросами, например: «Не могли бы вы рассказать, что вы за человек вне тех обстоятельств, которые привели вас сюда? Вы общительный или замкнутый? Веселый, болтливый или тихий? Решительный, смелый или робкий, застенчивый? Властный, требовательный или мягкий, уступчивый?» и т. п.



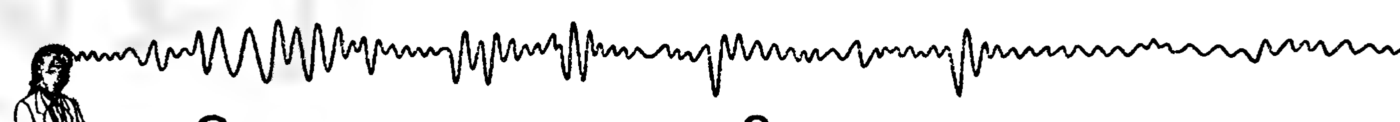
ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

Психический статус — это концентрированное, последовательное и в то же время детальное описание состояния психических процессов больного и его личности с акцентом на психопатологической симптоматике. При этом можно использовать психиатрическую терминологию, но желательно по возможности избегать квалификационных определений без подробного описания их проявлений. Например, вместо записи «У больного при беседе отмечаются слуховые истинные галлюцинации» лучше подробно описать поведение больного: «Во время беседы больной внезапно на полуслове прервал фразу и, повернув голову в сторону двери, напряженно к чему-то прислушивался, затем, вздохнув, сказал, что вновь, как и сегодня утром, он слышал из-за двери голос своей покойной бабушки, которая сообщила, что на том свете ей легко и свободно, после чего сказала: «Живи, радуйся, но врачу обо мне ничего не говори».

Начинать описание статуса лучше с внешнего вида больного — его манеры держаться, вступать в контакт, его мимики, жестов, позы, прически, состояния одежды, например: «Больной вошел в кабинет и медленной шаркающей походкой, не глядя на окружающих, прошел к креслу, с тяжелым вздохом опустившись в него. Лицо гипомимичное, мимика грустная, взгляд из-под полуопущенных век малоподвижный, плечи опущены, руки свисают, волосы всклокочены, рубашка расстегнута, и подол ее не заправлен; поза скорбная. На вопросы отвечает тихим голосом, после длительных пауз; ответы односложные, беседу не поддерживает, не проявляя к ней никакого интереса».

Затем целесообразно оценить ориентировку человека в месте, времени, ситуации и собственной личности. По этим видам ориентировки можно судить о состоянии сознания больного (в клиническом смысле).

Конечно, вышеописанная оценка психического статуса больного, если это новорожденный или маленький ребенок, невозможна, но тем не менее целый ряд опорных моментов вполне доступен для регистрации. В процессе сбора анамнестических данных у матери целесообразно отмечать состояние ребенка.



Спокоен он или нет?

Каково его настроение?

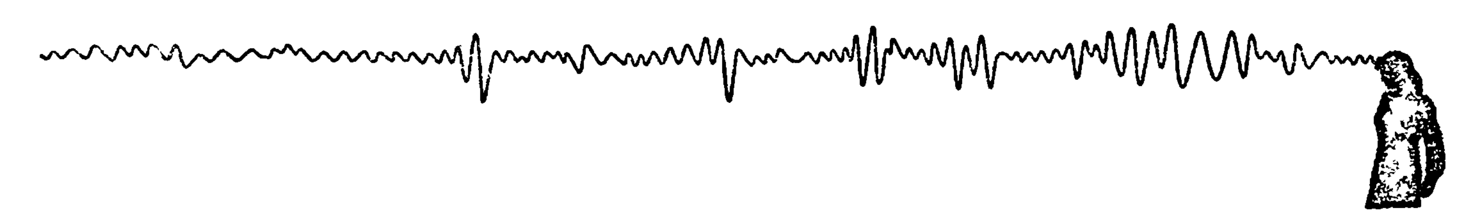
Как он реагирует на приближение и удаление матери, на пеленание, на физический дискомфорт?

Когда мать берет его на руки, прижимается младенец к ней или держится независимо?

Фиксирует ли ребенок взгляд на лице наклонившегося к нему взрослого?

Как реагирует он на чужих людей?

Какова реакция младенца на поглаживание, качание, на неожиданный резкий звук?



Важно отметить реакцию малыша на чувство голода, на насыщение, обратить внимание на то, как он берет грудь матери.

Необходимо отметить особенности свободного поведения ребенка.

Насколько быстро он осваивается в новой обстановке, чем и как играет?

Насколько быстро пресыщается однообразной деятельностью?

Легко или трудно вступает с вами в вербальный и невербальный контакт?

Насколько точно понимает обращенные к нему слова и какова его собственная речь (в виде лепета, искаженных отдельных слов, односложных фраз или развернутых предложений), какими интонациями, мимикой, жестами она сопровождается?



ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СОЗНАНИЯ

Состояние сознания человека при психических заболеваниях проверяется по его способности ориентироваться в месте, времени, ситуации и собственной личности. Такие данные в полном объеме можно получить у людей начиная с младшего школьного возраста: в раннем и дошкольном возрасте эти формальные критерии ясности сознания носят более редуцированный характер.

У дошкольника можно спросить: «В каком городе ты живешь, в какой стране? Знаешь ли ты свой адрес? Какое сейчас время суток, время года? Как тебя зовут, сколько тебе лет, как зовут мать, отца?» Таким образом, можно судить и об основных видах ориентировки у дошкольников.

Начиная с младшего школьного возраста об ориентировке во времени можно судить по ответам ребенка на следующие вопросы: «Какой сейчас год? Какой месяц? Число? Какой день недели? Какое время суток? Как долго ты находишься здесь? Как долго длится беседа?» Выяснить ориентировку в месте можно, задавая пациенту вопросы: «Где вы живете (страна, город, адрес)? Где находится место учебы, место работы? Как можно добраться в школу, на работу? Где удобно делать покупки и как туда добираться? Где мы сейчас находимся?» Ориентировка в ситуации оценивается по ответам на вопросы: «Что мы с вами здесь делаем? Почему вы здесь? Как вы сюда попали? Кто я такой? Какова моя профессия? Чего нам с вами необходимо достигнуть?»

Ориентировка в собственной личности также проверяется методом опроса: «Назовите свою фамилию, имя, отчество. Когда и где вы родились? Сколько детей у ваших родителей? Сколько вам лет? Где вы сейчас учитесь (работаете)? Какая у вас профессия? С кем вы живете?»

ИССЛЕДОВАНИЕ ВНИМАНИЯ БОЛЬНОГО

В процессе беседы с больным важно отмечать, достаточно ли четко и последовательно пациент рассказывает о своей жизни и заболевании, не проявляет ли признаков рассеянности, не слишком ли отвлекается на внешние раздражители, не истощается ли его произвольное внимание. Следует выяснить, как сам больной оценивает свою способность сосредоточивать внимание на содержании беседы, может ли он сосредоточенно читать, смотреть телепередачи, слушать радио.

Проверить способность к концентрации внимания можно, давая больному ряд заданий. Например, попросите его повторить за вами длинное слово, перечислить в прямом и обратном порядке дни недели, месяцы, назвать буквы алфавита в прямом и обратном порядке, произвести операцию последовательного вычитания по 7 начиная со 100 (проба Э. Крепелина). Кроме того, специальное патопсихологическое исследование состояния внимания обычно проводится с помощью вариантов теста Бурдона, корректурной пробы, отыскивания чисел по таблице Шульте и пробам на переключение внимания.

О способности к концентрации внимания у детей раннего возраста можно судить по фиксации их взгляда на ярких, блестящих и движущихся предметах, по сосредоточению взгляда на лице обращающегося к нему взрослого, по тому, как долго он манипулирует игрушкой. В дошкольном возрасте важно выяснить, как ребенок занимается рисованием, насколько целенаправленно играет в сюжетно-ролевые игры, как концентрирует внимание на задаваемых ему вопросах и при выполнении заданий, требующих интеллектуальных усилий.

СЕНСОРНО-ПЕРЦЕПТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

При взаимодействии человека с каким-либо объектом образ восприятия не сформируется, пока рецепторы не приведут свои свойства в соответствие со свойствами объекта восприятия, то есть пока не скопируют их.

Сенсорный образ содержит в себе информацию о месте действия раздражителя и об отдельных модальных свойствах действующего объекта. Перцептивный образ содержит информацию о локализации в пространстве воспроизводимого объекта, о его форме, величине, о модальных характеристиках.

При психических заболеваниях возможны следующие варианты нарушения ощущений и восприятий.

Сенсорная гипопатия

Нарушение психической деятельности проявляется в том, что у больных резко повышается порог ощущений, в силу чего сильные раздражители вызывают слабые по интенсивности ощущения. Поэтому и сильные и слабые по интенсивности раздражители вызывают одинаково слабые ощущения.

Сенсорная гиперпатия

Патологическое усиление интенсивности ощущений при воздействии слабых раздражителей. Субъективно ощущения переживаются как нестерпимо резкие.

При ослаблении ощущений, что может касаться разных модальностей, больные отмечают это

в своих жалобах, нередко получают травмы, ожоги из-за несвоевременного реагирования на опасные воздействия.

В случаях сенсорной гиперпатии больные стараются уменьшать приток раздражителей — жмурятся, затыкают себе уши ватой, натягивают на голову одеяло, если лежат в постели, вздрагивают от ничтожного неожиданного звука или прикосновения, иногда сбрасывают с себя одежду, не перенося ее прикосновения к телу.

Парестезия

Расстройство ощущений регистрируется в виде чувства жжения, онемения, ползанья мурашек, покалывания поверхности кожи тела и конечностей при отсутствии соответствующих раздражителей. Взрослые больные описывают эти ощущения в своих жалобах, у младенцев в доречевом периоде развития выявить их практически невозможно.

Анестезия

Проявляется в виде отсутствия тактильных и болевых ощущений в разных частях тела. В таких случаях больные могут не только жаловаться на подобные явления, но и часто получают телесные повреждения из-за нечувствительности той или иной части тела к колющим, режущим и горячим предметам.

Сенестопатии

Это разнообразные неприятные, мучительные ощущения в разных частях тела и внутренних органах при отсутствии патологии этих органов. Дли-

тельность, интенсивность, частота, локализация и характер таких проявлений зависят от заболеваний, в структуре которых они наблюдаются. Поскольку судить о них можно по словесному отчету больных, то, естественно, в доречевом периоде развития эта форма расстройства ощущений не регистрируется.

У больного следует спросить: «В какое время суток появляются нарушения ощущений, в каких ситуациях и после чего? Какова их непрерывная продолжительность и как часто они повторяются? Помогает ли что-либо избавиться от неприятных ощущений или ослабить их? Когда впервые возникли расстройства ощущений и что происходит с течением времени? Нет ли сейчас каких-либо нарушений ощущений? Если есть, то какие?»

Нарушения восприятия представлены несколькими группами психопатологических явлений. Рассмотрим основные из них.

Психосенсорные расстройства

Это нарушения константности восприятия метрических и модальных свойств объектов.

1. Расстройство локализации воспринимаемого образа в пространстве может заключаться либо в восприятии объекта чрезмерно удаленным по сравнению с реальностью (*корропсия*) либо неадекватно приближенным (*пропепсия*).
2. При расстройстве восприятия величины предметов объект кажется больному меньше, чем он есть на самом деле (*микропсия*), либо, наоборот, наблюдается резкое увеличение образа

объекта, не отражающее его истинной величины (*макропсия*).

3. При нарушении восприятия формы объектов (*метаморфопсии*) у больных наблюдается расстройство сохранения в образе прямолинейности, параллельности, величины дуг и углов воспринимаемых объектов, поэтому прямоугольная поверхность стола, например, может казаться больному эллипсоподобной, выпуклой или вогнутой, а ножки стола — спиралевидно изогнутыми.
4. Нарушение восприятия количества объектов может протекать в виде удвоения образа объекта восприятия (*диплония*) либо в виде еще большего увеличения количества образов воспринимаемого объекта (*полипсия*). Например, вместо одного карандаша на столе больной видит несколько совершенно одинаковых карандашей.
5. Расстройство восприятия устойчивости предметов в пространстве относится к категории *оптико-вестибулярных нарушений*. При этом больные отмечают, что пол, например, качается, как на волнах, стены то сдвигаются, то раздвигаются, потолок то опускается вниз, то поднимается вверх. Нередко больной чувствует, что сам он то проваливается куда-то вниз, то приподнимается и парит в воздухе. У больного может возникать впечатление, что предметы мчатся в одном направлении с огромной скоростью («оптическая буря») или переворачиваются на 180°.
6. Нарушение восприятия формы, величины, локализации в пространстве и количества собственных частей тела у больных носит назва-

ние *расстройства схемы тела.* Больной может воспринимать, например, отделенными от туловища собственную руку, ногу, голову либо одну ногу воспринимать короткой, другую — длинной, голову — огромной, а тело — маленьким и деформированным и т. п.

Все описанные выше психосенсорные нарушения возникают у больных разного возраста, начиная с дошкольного, когда у детей стабилизируется константность восприятия пространства, и проявляются они чаще всего при нарушениях функций теменных, височных и срединных структур головного мозга. Возникают расстройства обычно эпизодически (от нескольких секунд до нескольких минут) и сопровождаются чувством страха.

7. К психосенсорным нарушениям можно отнести расстройства константности восприятия цвета, при которых окружающие предметы воспринимаются окрашенными преимущественно в одинаковые цвета, например в фиолетовые и синие (при отравлении тетраэтилсвинцом), красные и фиолетовые (при действии ЛСД), серо-зеленые (при белой горячке).
8. Могут быть нарушения восприятия темпа течения времени в виде резкого его ускорения либо замедления.
9. Расстройства восприятия целостности образа восприятия проявляются в том, что какие-либо элементы предметов воспринимаются больными как независимые, отделенные от самих объектов. Например, буквы в книге воспринимаются отдельно от текстуры бумаги, листья на дереве — отдельно от сучьев и т. п. Такие нарушения называются *раздвоением восприятия.*

Агнозия

Распад целостности образа восприятия при заболеваниях может быть столь значительным, что узнавание объектов становится невозможным. Такие явления возникают при повреждении функций вторичных и третичных зон зрительного, слухового и тактильного корковых анализаторов и называются *агнозиями*. Обычно они носят затяжной характер (от нескольких недель до нескольких лет).

Зрительная агнозия бывает тотальной, когда больной не узнает все предметы, воспринимая их в виде аморфных теней, пятен. Агнозия может проявляться также в неузнавании лиц людей или их изображений на рисунках и фотографиях (*агнозия на лица*), в неузнавании букв (*буквенная агнозия*).

При слуховой агнозии отсутствует формирование многих видов слуховых образов, например щебета птиц, журчания воды, шума мотора автомобиля; в других случаях больные не узнают музыкальные мелодии или воспринимают человеческую речь как недифференцированный шум.

Тактильная агнозия выражается в невозможности для больных определения фактуры материала, объекта, а в сочетании с расстройством мышечно-суставного чувства — в невозможности узнавания предметов путем их ощупывания (*астереогноз*).

Для выявления вышеописанных нарушений восприятия можно попросить больного назвать предметы обстановки, указывая на них, предложить определить их сравнительную величину, описать форму, расположение в простран-

стве, цвет; то же самое следует проверить на рисунках и фотографиях, в пробах Попельрейтера.

Необходимой является проверка пальцевого гнозиса, дермолексии, праксиса позы, ориентировки в сторонах тела, выполнения проб Хеда (у больных в возрасте старше 5 лет). Диагностически полезными в этом отношении могут оказаться задания на выполнение рисуночных проб, чтение текста, списывание и письмо под диктовку.

Учитывая системный и интегративный характер психических процессов в любом психическом акте, следует иметь в виду, что в «чистом виде» нарушения восприятия при психических заболеваниях не встречаются. Как правило, они сопровождаются другими видами отклонения от нормы, такими, например, как синдромы деперсонализации и дереализации.

Деперсонализация

Синдром деперсонализации представляет собой измененное восприятие своего тела и реальности собственных психических процессов.

Измененное восприятие собственного тела называется соматической деперсонализацией. При этом каких-либо конкретных изменений в частях тела и внутренних органах больные не регистрируют. Чувство измененности носит целостный, обобщенный характер и сопровождается обычно мучительным сопоставлением восприятия в данный момент с воспоминаниями о прежнем восприятии.

Осознавая болезненную природу данного явления, больные предъявляют свои жалобы в условном наклонении с использованием частицы «бы»

(«как будто бы это не мой нос... как будто бы не такие, как раньше, руки... ноги вроде бы сами по себе несут...»). Таким образом, соматическая деперсонализация проявляется в чувстве измененности, отчужденности или отсутствия частей тела или внутренних органов, а также их функций. Больные утверждают, что они чувствуют, будто бы у них нет желудка, сердца, легких, что не возникает чувства голода или насыщения, наполнения воздухом легких и т. п. Данный синдром обычно носит длительный характер (от нескольких недель до нескольких месяцев) и крайне редко встречается у детей младше 7 лет.

Психическая деперсонализация субъективно переживается в виде недостаточной отчетливости восприятия пациентом процессов мышления, памяти, чувств и собственно восприятия. Возникает диссонанс между объективно существующими психическими процессами у больного и невосприятием их наличия и реальности. Во время беседы больные утверждают, что не могут думать и разговаривать, так как «голова пустая... памяти нет... мыслей нет», они плачут, утверждая, что не могут плакать, и т. д. Синдром психической деперсонализации, как правило, тоже длительно существует при психических заболеваниях и редко регистрируется у детей младше 10–12 лет.

Дереализация

Синдром дереализации (иначе его называют синдромом аллопсихической деперсонализации) проявляется в измененном целостном и обобщенном восприятии окружающего мира. Больные утверждают, что видят мир как бы во сне, все окружаю-

щее — как ненастоящее, как декорация, как нарисованное. Этот синдром обычно появляется не раньше 6–7 лет и продолжается в структуре разных заболеваний от нескольких дней до нескольких месяцев.

Иллюзии

Под иллюзиями понимается ложное восприятие реально существующих объектов. При этом субъективно не соответствуют оригиналу не только и не столько форма и отдельные детали объекта, сколько его содержание. Больной как бы вместо данного предмета воспринимает совершенно иной. Предположим, вместо дерева он видит огромного человекоподобного великана и т. п. Иллюзии могут возникать при многих психических заболеваниях и регистрируются в любом возрасте, начиная с 1,5–2 лет у детей, способных к вербализации собственных переживаний.

В зависимости от повреждений анализаторной системы, участвующей в формировании иллюзорного образа, иллюзии подразделяются на зрительные, слуховые, обонятельные, тактильные и вкусовые. Нередко при психических заболеваниях возникают иллюзорные обознавания в лицах, когда незнакомых людей больные принимают за знакомых и, наоборот, не узнают знакомых. В таких случаях обычно при изменении условий восприятия (улучшение освещенности, уменьшение дистанции до объекта) больные обнаруживают свою ошибку. У людей любого возраста, а особенно у детей дошкольного и младшего школьного возраста, часто встречаются парейдолические иллюзии — зрительные иллюзор-

ные образы, возникающие при рассматривании аморфных, плохо структурированных объектов. Например, в игре света и тени листвы деревьев, в облаках, в складках ткани больные видят фантастические замки, чудовищ, зверей и т. п. В зависимости от содержания иллюзий у больных возникают те или иные эмоциональные реакции, но чаще, независимо от сюжета, эмоции бывают отрицательными.

При выявлении у пациентов иллюзий необходимо уточнить явления, которыми сопровождается заболевание.



Нет ли у них нарушений зрения или слуха?

Не является ли для них характерным и частым с раннего возраста легкое возникновение иллюзорных образов?

Какие в прошлом наблюдались иллюзии и при каких обстоятельствах они возникали? Что при этом чувствовал пациент? Что делал?

Какие иллюзорные образы и когда появились в этот раз?

Были они единичными или множественными?

Что происходило вокруг и что делал в это время больной? Что чувствовал?

Сколько раз и как часто они повторялись?

Были ли это одинаковые, похожие друг на друга образы или разные?

Не замечает ли больной во время беседы чего-либо необычного вокруг?

Не слышит ли в речи окружающих людей что-либо относящееся к нему?

Обычен ли вкус и запах пищи, которую он сейчас принимает?

Визуализация представлений

При различных психических заболеваниях, чаще в детском возрасте (но не обязательно), наблюдаются произвольно вызываемые больным представления, обладающие всеми характеристиками соответствующих им образов, но с более выраженным сенсорным компонентом. Поэтому такие образы являются более яркими и более детальными по сравнению с обычными представлениями. Больные отличают эти образы от реальной действительности. Произвольным усилием они могут устранить визуализованные образы.

Галлюцинации

Под галлюцинациями понимается мнимое восприятие, то есть образ, субъективно наделенный для больного всеми свойствами реального объекта, строится без наличия в данный момент объекта восприятия.

Галлюцинации наблюдаются в клинике многих психических заболеваний и регистрируются по словесному отчету и поведению больных начиная с 2-3 лет.

В зависимости от типа анализатора, принимающего участие в формировании данного галлюци-

наторного образа, галлюцинации подразделяются на зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые, галлюцинации общего чувства.

Галлюцинаторные образы могут быть единичными и множественными. Они могут быть сюжетно связаны друг с другом в сценические композиции, могут полностью замещать собой реальное пространство (панорамические галлюцинации).

Галлюцинации бывают простыми, элементарными, бессодержательными или малосодержательными: больные видят пятна, вспышки света, слышат шорох, скрип и т. п. Галлюцинаторные образы бывают также содержательными, сложными: больные видят различные одушевленные и неодушевленные объекты, фантастических существ, могут слышать человеческую речь, музыку, пение и т. п. При этом галлюцинаторные образы могут взаимодействовать с реальными объектами действительности, а могут быть совершенно автономными от реального пространства и объектов в нем.

По ряду характеристик галлюцинаторные образы делятся на истинные и ложные.

При истинных галлюцинациях галлюцинаторный образ, как и при обычном восприятии, проецируется в окружающую среду и оценивается больным как объект действительности. Эти галлюцинаторные образы могут располагаться среди реальных объектов окружающей обстановки, вступать с ними и с больным во взаимодействие.

В дошкольном возрасте чаще встречаются зрительные и тактильные галлюцинации; при этом зрительные образы представляют собой, как правило, часть фигуры, а не целую — например, дети видят только руку, лицо, звериную морду или лапу и т. д. Часто содержанием галлюцинаторных образов у дошкольников являются персонажи ска-

зок, в старшем возрасте появляются целостные зрительные образы и присоединяются другие виды истинных галлюцинаций. Больные не критичны к галлюцинациям и обычно действуют в полном соответствии с ними: разговаривают с галлюцинаторными голосами, вступают во взаимодействие со зрительными галлюцинаторными образами, сбрасывают с себя тактильно воспринимаемых галлюцинаторных насекомых и т. д. Нередко галлюцинаторный образ формируется при участии нескольких анализаторных систем, поэтому больной может видеть фигуру человека, слышать его речь, чувствовать прикосновение, запах его духов и т. п. В юности и в зрелые годы преобладают слуховые истинные галлюцинации, а в старости — вновь тактильные и зрительные.

При ложных галлюцинациях (псевдогаллюцинациях) галлюцинаторный образ проецируется в неопределенное, воображаемое больным пространство вне или внутри его тела. Сенсорный компонент таких галлюцинаций обычно обозначен слабее, чем при истинных галлюцинациях. Менее детально, чем при истинных галлюцинациях, представлена и структура псевдогаллюцинаторных образов. Больные чаще всего оценивают данное явление как изображение, проекцию предмета (при зрительном образе), как трансляцию, магнитофонную запись (в случаях слуховых псевдогаллюцинаций). Подобного рода квалификация пациентами псевдогаллюцинаций оценивается психиатрами как осознание больными «искусственного» происхождения образов, их ненатуральности, «сделанности» кем-то посторонним. Псевдогаллюцинации чаще бывают слуховыми — в виде галлюцинаторной речи: люди слышат один или несколько голосов внутри своей головы или во внешней среде за пределами остро-

ты обычного слуха (голоса из другого города, из космического пространства и т. п.). Чаще всего этот вид галлюцинаций наблюдается продолжительное время и редко появляется у детей младше 10–12 лет. Как и истинные галлюцинации, псевдогаллюцинации являются мощным регулятором поведения больных.

При различных психических заболеваниях у людей разного возраста (особенно часто у детей) на фоне образных представлений, фантазий возникают галлюцинации, которые являются как бы продолжением этих актуальных для больных представлений. Такое психопатологическое явление называется галлюцинациями воображения. Довольно распространенным вариантом галлюцинаций воображения является феномен «оживления» неодушевленных предметов — картин, игрушек и пр. Например, больной видит, как персонаж картины покидает ее и совершает какие-либо действия в соответствии с актуальными переживаниями пациента.

Неотчетливые, недостаточно структурированные зрительные галлюцинаторные образы, возникающие чаще всего на периферии поля зрения или за пределами ясного видения и существующие кратковременно, называются галлюциноидами. Обычно больные приходят при этом в состояние настороженности. Определить форму и содержание галлюциноидов пациенты не в состоянии, поэтому ограничиваются различными предположениями.

Близким к псевдогаллюцинациям, но с гораздо меньшей представленностью сенсорных свойств и структурных характеристик, является феномен переживания звучания чужих и собственных мыслей. Больные воспринимают мысли как бы в зыбкой, эфемерной звуковой оболочке, без отчетливой

расчлененности на конкретные слова, без характеристик тембра звучания, но утверждают, что, в отличие от «чтения» или угадывания мыслей, они их слышат. Как правило, данный феномен наблюдается у больных не ранее подросткового возраста.

При беседе с человеком, страдающим галлюцинациями, необходимо выяснить субъективные ощущения больного.

Не замечает ли он вокруг себя чего-либо необычного, не видит ли людей и прочих необычных существ, которых не должно быть в этом месте?

Не слышит ли он каких-либо звуков, музыки, речи, не видя при этом источника этих звуков?

Следует во время беседы обратить внимание на мимику, поведение больного: не прислушивается ли он к чему-то постороннему, не всматривается ли пристально во что-то, не прерывает ли внезапно при этом беседу, не совершает ли действий, не вытекающих из сюжета диалога?

Если больной подтверждает наличие галлюцинации, то для их квалификации помимо вышеизложенных сведений важно внести ряд уточнений.

Когда они появились? Как долго продолжаются?

Где они находятся?

Единичные они или множественные? Знакомые или незнакомые?

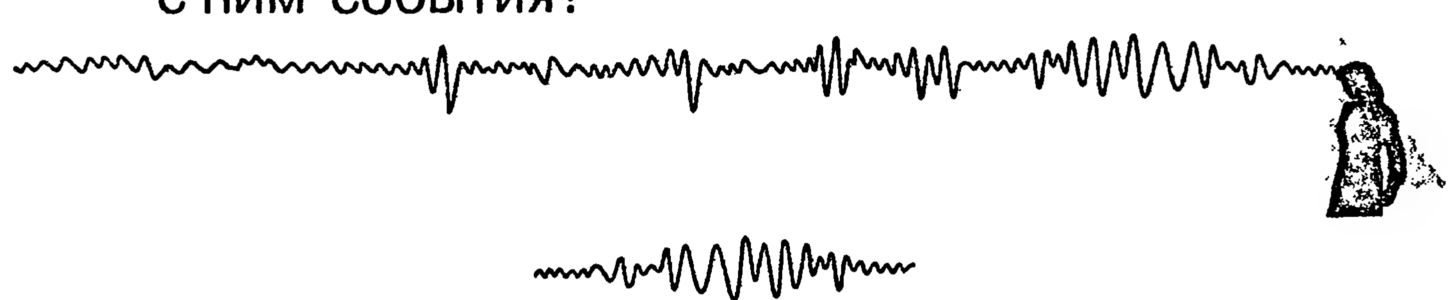
Что означает их появление для больного?

Каково их содержание?

Что он при этом чувствует? Что делает или собирается сделать?

Не ощущает ли он постороннего запаха? Обычный ли вкус имеет пища?

Как пациент в целом оценивает происходящие с ним события?



НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ

Под мышлением понимается процесс установления новых существенных свойств, связей и отношений, не данных в первичном акте восприятия объекта или ситуации. Такой процесс может идти путем манипулирования предметами (конкретно-действенное мышление), образами и представлениями (наглядно-образное мышление) или знаками, символами, означающими и замещающими конкретные предметы, их свойства или отношения (абстрактно-логическое мышление).

Состояние конкретно-действенного и наглядно-образного мышления у больных проверяется при выполнении ими заданий конструктивного характера (складывании фигур из их элементов по детальному и контурному образцу, разрезных картинок, куба Линка, фигур из кубиков Кооса), составлении серий сюжетных картинок.

При психических заболеваниях наиболее часто встречаются расстройства абстрактно-логического мышления. Их можно разделить на две большие группы: общие, структурные или формальные, расстройства мышления и «локальные» нарушения, связанные больше всего с определенным содержанием.

Общие расстройства мышления

Общие расстройства мышления подразделяются на три подгруппы.

1. Расстройства темпа мыслительных операций.

   а) Могут выражаться в *ускорении темпа* мышления. При этом у больного ускорена речь, движения становятся стремительными, поры-

вистыми, легко возникают ассоциации по смежности, по созвучию. Действия пациента сохраняют достаточную продуктивность.

б) Ускорение мышления может быть столь велико, что больной, не заканчивая одной мысли, переходит к другой, которую тоже не успевает довести до завершения, начинает третью и т. д. Такое расстройство мышления называется *скачкой идей.* Продуктивность деятельности пациента при этом снижается.

в) Наконец, возможно такое сильное ускорение мышления больного, что перевести мысль в устную речь он не успевает. Обычно человек в таком состоянии испытывает чувство ужаса, отчаяния. При этом он сидит, схватившись за голову, и просит о помощи, так как, по его словам, «невозможно ни о чем думать из-за того, что мысли мчатся с огромной скоростью». Такое нарушение темпа течения мыслительных операций называется *вихрем идей.*

г) Встречается и обратное явление — *замедление скорости* протекания речемыслительных процессов. В таких случаях у больного увеличиваются паузы между словами и фразами, замедляется темп речи и движений. Он, как правило, отвечает на вопросы односложно и после длительных пауз, хотя верно оценивает смысл происходящего.

2. Расстройства целенаправленности речемыслительных операций.

Результатом мыслительных операций является, как известно, выявление новых существенных свойств и отношений в анализируемой ситуации.

При психических заболеваниях движение к такому результату затруднено. Отмечаются несколько вариантов поведения больного в подобной ситуации.

а) Больной многословно, нередко в пафосно-риторической манере говорит на неактуальную в данное время и в данном месте тему. При этом он часто не располагает достаточным количеством знаний для подобных рассуждений. Таким образом, получается пустое «рассуждательство» по любому поводу. Такой тип нарушения мышления называется *резонерством*.

б) Продвижение к конечной цели высказывания может быть затруднено избыточной детализацией. В процессе рассуждений больной актуализирует обилие ненужных, второстепенных, несущественных деталей, которые все больше отклоняют его от главной мысли. Такое расстройство называется *вязким* или *обстоятельным мышлением*.

в) Поскольку в деятельности человека важным является не только процесс порождения и структуризации мысли, но и передача ее другим людям, то речемыслительные операции осуществляются с помощью знаков и символов, значение которых является общим для человеческого сообщества. При психических заболеваниях возможно рассогласование между общепризнанным значением определенных слов и символов и тем индивидуальным смыслом, который вкладывает в них больной. В таких случаях без расшифровки адекватная оценка людьми его высказываний или верное понимание пациен-

том речи окружающих становится невозможным. Такое расстройство мышления расценивается как *патологическая символика*. Точная передача мысли от больного к окружающим и адекватное восприятие им мысли другого человека резко затруднено. Подобного рода расстройства регистрируются у пациентов с дошкольного возраста.

Часто на фоне патологической символики и как один из вариантов ее проявления появляются *неологизмы*: больные создают слова либо из элементов других слов, либо полностью придумывая звукосочетания и вкладывая в них свой индивидуальный смысл, недоступный для окружающих без расшифровки.

3. Структурные расстройства мышления.

Нарушения мышления этого типа больше всего касаются стройности, упорядоченности, последовательности речемыслительных операций, что приводит к нарушению законов логики и законов языковой организации. Эти расстройства выявляются при заболеваниях начиная с дошкольного возраста.

а) Возможен вариант нарушения мышления, который называется *обрывом мыслей*. Заключается он во внезапной непроизвольной остановке течения мысли с субъективным чувством забывания того, о чем больной только что думал и говорил. Интенсивность таких нарушений может быть столь сильной, что дезорганизует всякую деятельность пациента, делая ее непродуктивной.

б) Встречаются непроизвольные повторения больным отдельных фраз, слов, слогов или перестановки слогов внутри слов. Эти явле-

ния называются *персеверацией* и *вербигерацией*.

в) Нередко пациент отмечает, что ему трудно думать, так как одновременно в поле внимания оказывается несколько разных по содержанию мыслей и вычленить какую-либо одну мысль из этого «клубка» невозможно. Больной при этом, как правило, переживает как бы насильственное, интенсивное вторжение, наслаивание мыслей одна на другую (*ментизм*).

г) При психических заболеваниях часто встречается расстройство логических связей между мыслями при сохранности формальных языковых закономерностей высказываний. Это явление называется *разорванностью мышления* и речи. Такой своеобразный разрыв возможен не только между фразами, но и внутри них, что может приводить в тяжелых случаях к так называемому «словесному салату».

д) Если разрываются не только логические, но и грамматические связи между фразами и словами, то возникает явление, называемое *бессвязным мышлением*, бессвязной речью.

Все формальные нарушения мышления могут быть зафиксированы во время беседы с больным и часто становятся особенно отчетливыми при письменном изложении им истории своей жизни и заболевания. При беседе с пациентом можно поинтересоваться, как он сам оценивает состояние своего мышления, задавая ему вопросы такого типа: «Вы сейчас думаете и говорите так же, как раньше, или иначе? Может быть, более ясно и от-

четливо или, наоборот, вам это делать труднее? В чем проявляются ваши трудности? Может быть, вы думаете быстрее или медленнее, чем раньше? Вам не трудно сосредоточиться на мысли и продолжать ее? Не забываете ли вы иногда то, о чем только что думали? Вам не сложно доводить мысль до конца? Не бывает ли таких состояний, когда в голову приходит сразу очень много разных мыслей или, наоборот, все мысли как бы исчезают? Вам хорошо удается следить за сюжетом читаемых книг, просматриваемых кинофильмов?» и т. п.

«Локальные» нарушения мышления

В этой группе нарушений отмечаются следующие варианты патологии.

1. *Сверхценные идеи.* Это мысли, которые глубоко связаны с личностными интересами больного и с ситуацией, в которой он находится. Сверхценные идеи существуют длительное время и не имеют предела насыщения, ощущения полной и окончательной завершенности (идеи ревности, работа над изобретением, коллекционирование, вынашивание планов мести и т. п.). Сверхценные идеи при психических заболеваниях редко возникают у пациентов ранее подросткового возраста. На их реализацию больные тратят нередко многие годы жизни.
2. *Навязчивые мысли.* Это неадекватные действительности мысли, нелепость которых больной понимает и с которыми он борется, пытаясь от них избавиться и не реализовывать их в своем поведении. Однако невыполнение действий, соответствующих навязчивым мыслям, сопровожда-

ется мучительным чувством эмоционального напряжения, дискомфорта и тревоги. Их реализация на короткое время избавляет пациента от навязчивой мысли и эмоциональной напряженности, но с возобновлением навязчивой мысли снова нарастает эмоциональный дискомфорт. Навязчивые мысли могут быть относительно простыми по содержанию (навязчивый счет, хождение по полу, не наступая на щели между половицами, и т. п.). Нередко для своеобразной «защиты» от мучающих его мыслей больной производит действия, составляющие сложные цепочки (ритуальные действия). Например, для «защиты» от навязчивого страха попасть под автомобиль перед переходом через улицу человек топает левой ногой, трижды поворачивается вокруг своей оси через левое плечо и трижды дотрагивается до опорного столба светофора. Все эти поступки он совершает при полном осознании их нелепости. Возможно и появление так называемого навязчивого мудрствования, которое побуждает больных с мучительной напряженностью и нередко чувством неловкости обращаться к окружающим с одними и теми же рассуждениями, например о том, что произойдет, когда погаснет Солнце или прекратится вращение Земли и т. п. Простые по содержанию навязчивые мысли появляются при заболеваниях в дошкольном возрасте, сложные — в подростковом периоде.

3. *Насильственные (компульсивные) мысли.* Такие мысли у больных обычно возникают внезапно и являются для них непреодолимыми. В отличие от навязчивых мыслей (которые, конечно, тоже включают элемент насильственности) с насильственными мыслями пациенты не

борются, а, как правило, немедленно реализуют их в действиях. По своему содержанию насильственные мысли обычно просты и побуждают больных что-то схватить, кинуть, сломать, вскочить, побежать, ударить кого-то и т. д. Они появляются с 2–3 лет.

4. *Бредовые идеи.* Это не соответствующие действительности ложные суждения и умозаключения, нелепости которых больной не понимает; контрдоводы окружающих людей, как и реальные факты, не могут разрушить его бредовые построения. Бредовые идеи могут возникать без видимых нарушений других психических процессов, то есть быть первичными, и могут формироваться на основе, например, расстройств восприятия или эмоций; тогда они являются как бы следствием трактовки происходящего. Например, если больной в момент вербального галлюцинирования слышит голоса родственников, которые обсуждают план его убийства, то у него возникают соответствующие этому бредовые мысли и поведение по отношению к родственникам. Такой бред называется вторичным.

Бредовые идеи могут носить отрывочный, разрозненный и разнонаправленный по сюжету характер. Это несистематизированный бред. Бредовые идеи могут последовательно объединяться в единую стройную концептуальную структуру — систематизированный бред.

По своему содержанию бредовые идеи могут быть различными: бред отношения, особого значения, воздействия, преследования, ущерба, величия, самообвинения, любовного очарования, изобретательства, отравления и т. п.

Систематизированный первичный интерпретативный бред, сопровождающийся соответствующим поведением больного, лежит в основе так называемого *паранойяльного синдрома*. Нередко ему предшествует период эмоционального напряжения с патологической символикой в мышлении, с разнонаправленными отрывочными бредовыми идеями отношения и особого значения. Этот вариант расстройства мышления часто называют бредовым восприятием или бредовым настроением. Он заканчивается переживанием «озарения», когда больному становится ясно все происходящее в контексте систематизированного, «выкристаллизированного» бреда.

Бредовые идеи, сочетающиеся с галлюцинациями того же содержания или направленности, формируют структуру *параноидного*, или *галлюцинаторно-параноидного, синдрома*.

Нелепые, громадного размаха бредовые идеи величия, сочетающиеся с бредом преследования, составляют основу *парафренного синдрома*. В его структуре, кроме этого, могут наблюдаться фантастические галлюцинации (*галлюцинаторная парафрения*) или пробелы памяти, заполняемые непроизвольным и не осознаваемым больным фантазированием (*конфабуляторная парафрения*).

При психических заболеваниях бредовые идеи редко возникают у пациентов моложе 10–12 лет. У дошкольников и младших школьников чаще встречается бредоподобное фантазирование — нестойкие во времени, с меняющимися деталями в основной фабуле нелепые утверждения детей, носящие часто фантастический характер. Их отличие от обычного фантазирования в том, что больной упорно настаивает на истинности своих утверждений, в течение длительного времени находясь во

власти основной сюжетной линии бредоподобных фантазий и сердясь при попытках окружающих разубедить его или подвергнуть сомнению истинность его высказываний.

Вопросы, адресованные пациенту с целью выявления «локальных» расстройств мышления, желательно задавать в осторожной, мягкой форме, чтобы не спровоцировать его замкнутости, эмоциональной напряженности и даже агрессивности. Важно собрать полную информацию о проявлениях патологии, о ее содержании и влиянии на поведение больного, на его взаимоотношения с окружающими, на интересы, жизненные планы и их реализацию.

Уточнению характера как общих, так и «локальных» расстройств мышления способствует обследование больного по таким патопсихологическим методикам, как тесты на классификацию, сравнение, образование аналогий, понимание переносного смысла метафор и пословиц, метод незаконченных предложений, метод пиктограмм, тематический апперцепционный тест, тест фрустрации Розенцвейга и т. п.



НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

Под памятью понимается способность человека к запечатлению и воспроизведению полученной информации. Процессы памяти слагаются из восприятия информации, из ее удержания и воспроизведения в нужный момент.

Наиболее частым вариантом нарушений памяти при психических заболеваниях является ослабление памяти — *гипомнезия*. Это ослабление может касаться только процесса запоминания материала, при котором необходимо многократное повторение информации для ее запоминания. Если у больного снижен объем кратковременной памяти (максимального количества информации, которое человек в состоянии удержать и воспроизвести сразу же вслед за ее предъявлением), то и многократное введение информации может не привести к полному ее усвоению. Такие нарушения памяти могут касаться одной или нескольких модальностей (зрительной, слуховой, тактильно-кинестетической и пр.), в зависимости от характера поражения нейронов головного мозга. Повреждение лобных структур головного мозга не обязательно повлияет на объем кратковременной памяти, но способность к запоминанию последовательности получаемой информации нередко нарушается (допустим, больной в состоянии вспомнить все названные ему слова, но порядок называния этих слов он в памяти не удерживает).

Может оказаться поврежденным механизм удержания информации в памяти; при этом пациент в состоянии быстро запомнить необходимый материал, но тут же его забывает, и новое заучивание может потребовать столько же времени, как и первичное.

Нередко страдает процесс воспроизведения в нужное время удержанной в памяти информации. Больной может быстро запомнить и достаточно прочно хранить информацию в памяти, но в необходимый момент самостоятельно воспроизвести ее он затрудняется. Частным случаем такого нарушения памяти является амнезия слов (при назывании показываемых человеку предметов и в потоке спонтанной речи). При повреждении функций теменных долей мозга обычно подсказка начального слога облегчает припоминание слова, а при нарушении функций височных областей этого не происходит.

Полный пробел в памяти на какой-либо отрезок времени называется *амнезией*. Больной не в состоянии припомнить никаких событий и фактов, происходящих в период, подвергшийся амнезии. Чаще всего амнезия наблюдается при травмах черепа и энцефалитах. При этом амнезия может охватывать какой-то отрезок времени (от нескольких секунд до нескольких лет) до заболевания (травмы) — ретроградная амнезия, или после заболевания — антероградная амнезия. Если пациент не запоминает текущих событий, то подобное явление называется фиксационной амнезией.

Нередко встречаются так называемые обманы памяти (*парамнезии*). Например, больной может непроизвольно заполнять фантазией, вымыслом пробелы в памяти. Такое нарушение называется *конфабуляцией*. Он может смещать во времени реальные события (*псевдореминисценция*). У пациента может наблюдаться *криптомнезия* — явление, при котором человек непроизвольно принимает чужие высказывания за свои собственные.

Возможен своеобразный феномен обманов памяти в виде переживания «*deja vu*» (*фр.* уже виден-

ного), когда в незнакомой обстановке у человека возникает впечатление, что он здесь уже был раньше и даже то, что происходит сейчас с ним, тоже уже было и теперь повторяется. Обман памяти встречается и в виде переживания *«jamais vu»* (*фр.* никогда не виденного), при котором у больного, находящегося в привычной обстановке и со знакомыми ему людьми, возникает впечатление, что он здесь никогда не был и никого из окружающих не знает. Следует иметь в виду, что вариант феномена «уже виденного» и «никогда не виденного» может встречаться как одно из проявлений измененной ясности сознания или выступать в структуре синдрома дереализации, но тогда характер переживаний больного несколько иной: происходящее кажется ему странным, необычным и сопровождается чувством тревоги, растерянности, недоумения, мучительного беспокойства.

При тяжелых органических повреждениях головного мозга нередко наблюдается *корсаковский синдром расстройства памяти* (впервые описанный С. С. Корсаковым). Это расстройство выражается в сочетании всех видов амнезии и парамнезии, что приводит к полной дезориентации больного в месте, времени и ситуации на фоне клинически ясного сознания.

Состояние памяти пациента оценивается уже по ходу клинической беседы, начиная с определения ориентировки человека в месте, времени и ситуации. Выясняются основные даты и события личной жизни больного, имена и фамилии знакомых ему людей, значимые адреса, номера телефонов. Выявляется знание пациентом важнейших общественно-исторических событий с воспроизведением дат и личностей, игравших в них существенную роль.

Экспериментально-психологическое исследование памяти позволяет с достаточно высокой точностью квалифицировать степень ее расстройства у больного. Чаще всего с этой целью используют методики для определения объема кратковременной памяти и скорости запоминания информации в зрительной и слуховой модальностях. Проводятся пробы на способность удержания информации в условиях интерференции. Проверяется ассоциативная зрительная и слуховая память.



ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Эмоции — это переживание человеком его отношения к окружающему миру и к самому себе. Препятствия на пути удовлетворения различных потребностей порождают отрицательные эмоции, а удача в достижении цели — положительные. Эмоции, участвуя в регуляции поведения человека, способствуют целостной оценке ситуации — благоприятна она или опасна. Кроме того, эмоции способствуют усилению, ускорению и оптимизации когнитивных психических процессов в проблемных ситуациях, так как они непосредственно связаны с энергетическими процессами в организме (эмоциональные реакции связаны с функционированием лимбических структур мозга, где располагаются центры вегетативной нервной системы, регулирующей деятельность внутренних органов).

При психических заболеваниях эмоции перестают соответствовать объективной действительности, формируя неправильное, объективно не оправданное поведение больного.

Ряд эмоциональных расстройств сопровождается приподнятым настроением, не связанным с внешними обстоятельствами. Одним из таких расстройств является *эйфория*. Это состояние блаженства, умиротворенности, погруженности в мир приятных для больного грез, фантазий и телесных ощущений. Человек при этом не нуждается в общении, он может сидеть в одиночестве и предаваться своеобразному наслаждению от субъективно приятных переживаний (независимо от реальности), от собственных телесных ощущений. Продолжительность данного синдрома бывает различной и наблюдается при психических заболеваниях начиная с дошкольного возраста.

Неуместная и неадекватная восторженность, восхищение окружающим миром называется *экзальтацией*. Больного радует все происходящее вокруг — природа, люди, строения. Эти переживания навеваются ощущением необыкновенной гармонии и красоты мира. Подобные состояния могут быть как кратковременными, так и затяжными. Возникают они при различных заболеваниях начиная с младшего школьного возраста.

Предельное переживание восторга, субъективно оцениваемое как труднопереносимое физически, называется *экстазом*. Экстатические состояния обычно кратковременны, так как возникают с максимальной перестройкой деятельности внутренних органов и напряжением энергетических ресурсов, обеспечивающих данное переживание. При психических заболеваниях экстатические состояния больного никак не связаны с внешними обстоятельствами, они неадекватны действительности, появляются с раннего детского возраста.

При тяжелых повреждениях преимущественно лобных структур головного мозга у пациента возникает *синдром мориа*, который характеризуется приподнятым настроением с нелепыми, грубыми, часто циничными шутками, отсутствием чувства дистанции. Веселье такого больного не заразительно, не лучезарно, оно вызывает у окружающих людей скорее чувство жалости и сострадания к нему — настолько примитивно и нелепо его поведение. Критичность и самоконтроль у больного отсутствуют во многом из-за снижения интеллекта в результате заболевания. Данное эмоциональное нарушение обычно существует длительное время и наблюдается с раннего возраста.

Устойчивое и, как правило, продолжительное переживание лучезарной, неуемной, солнечной ра-

дости, которая не обусловлена приятными событиями, наблюдается при *маниакальном синдроме*. Больной весел, оживлен, остроумен. Он замечает любые перемены в окружающей обстановке, немедленно реагируя на них веселыми, шутливыми репликами. Пациент деятелен до гиперактивности, строит массу планов и берется за реализацию многих начинаний одновременно. Он легко знакомится с людьми, часто бывает гиперсексуален. У него резко сокращается время сна, повышен аппетит. Движения его порывисты и стремительны, энергия неуемна. Он вмешивается в дела окружающих, дает многочисленные советы и указания. Лицо у такого больного гиперемировано, глаза блестят, голос громкий и хриплый, так как он непрерывно с кем-то громко разговаривает, поет. Как правило, при маниакальном синдроме наблюдаются бредовые и бредоподобные идеи величия, переоценка собственной значимости и своих возможностей: человек утверждает, что он самый умный, самый сильный, самый богатый, самый красивый и т. п. Веселость его заразительна для окружающих, шутки часто точны и тонки, иногда обидны по содержанию, но произносятся в такой форме и с таким напором веселья, что окружающим трудно на них обижаться. Поведение больного крайне утомительно для него самого и для тех, с кем он общается, но пациент обычно не тяготится этим состоянием.

Маниакальный синдром, таким образом, структурируется триадой симптомов: приподнятостью настроения, ускорением мышления и речи, доходящим до скачки идей, ускорением моторики вплоть до непрерывной двигательной активности. Как правило, у больного регистрируется и ускорение сердцебиения (тахикардия).

Иногда маниакальный синдром сопровождается повышенной раздражительностью, вплоть до агрессивности, особенно при попытках окружающих противостоять планам и действиями пациента. В таких случаях говорят о «гневливой мании». В полностью сформированном варианте она редко встречается у больных раньше юношеского возраста. У подростков симптоматика этого синдрома более грубая — нет лучезарности, заразительной веселости. Часто наблюдается циничность, эротичность, отсутствие чувства дистанции. В более раннем возрасте симптомы еще более редуцированы — вплоть до преимущественной представленности двигательной расторможенности и расторможенности влечений.

Следующую группу эмоциональных нарушений характеризуют отрицательные переживания в виде эмоциональной напряженности, гнева, сниженного настроения и т. п.

Часто встречающимся нарушением эмоций в клинике психических заболеваний является *страх*. Страх — это острое переживание опасности, угрожающей больному или его близким людям. Страх может быть осмысленным, при этом человек осознает конкретный источник опасности, время и способ реализации этой опасности. Такой страх, насыщенный конкретным содержанием, нередко вызывается у больных бредовыми интерпретациями происходящего или устрашающего характера галлюцинациями. Соматовегетативные компоненты переживания страха ярко представлены в виде расширенных зрачков, учащенного сердцебиения и дыхания, повышенного артериального давления. Страх, переходящий в ужас и панику, сопровождается обычно усиленной перистальтикой кишечника, обильным по-

тоотделением, экстрасистолиями (аритмией сердца), ослаблением тонуса поперечно-полосатой мускулатуры тела и т. д. Поведение больных в состоянии страха может носить активный или пассивный, защитно-оборонительный характер.

Страх конкретного содержания при ряде психических заболеваний может носить навязчивый характер, то есть пациент понимает необоснованность и нелепость своего страха перед какой-либо ситуацией или объектом, пытается бороться с этим страхом, но, как правило, не выдерживает такой мучительной борьбы и совершает какие-либо защитные действия.

Страх может быть непонятен больному, немотивирован, не насыщен конкретным содержанием — так называемый *протопатический страх* (в отличие от осмысленного — *эпикритического*). Интенсивность переживания при протопатическом страхе нередко значительнее и мучительнее, так как ситуация неопределенности любым человеком переносится обычно тяжелее, чем ясная, хотя бы и отрицательная по сюжету.

Часто этот синдром возникает при повреждении средних структур головного мозга. Он проявляется при разных психических заболеваниях начиная с раннего возраста.

Еще менее определенным по содержанию состоянием, чем страх протопатического типа, является чувство *тревоги*. Оно характеризуется переживанием неопределенной опасности, когда больному неизвестны форма, место и время действия. Тревожное ожидание опасности сопровождается постоянным чувством нервного напряжения, беспокойства, непоседливостью, соматовегетативными проявлениями преимущественно симпатотонического характера. Данные состояния мучительно пе-

реживаются больными и наблюдаются с дошкольного возраста при многих психических заболеваниях, побуждая их к поведению, неадекватному реальности.

Концентрация эмоций с высокой интенсивностью переживания психического и физического напряжения называется *аффектом*. Аффективно представленными могут быть как положительные, так и отрицательные эмоции. Однако в психиатрической литературе слово «аффект» чаще всего употребляется в значении концентрации эмоций гнева, ярости, неистовства. Нередко они сопровождаются разрушительными действиями больного. Такие аффекты бывают физиологическими и патологическими.

Физиологический аффект возникает в стрессовой для человека ситуации и в определенной мере адекватен этой ситуации и состоянию личности к моменту аффективной разрядки. Чем выше уровень личностной самоорганизации, самоконтроля, тем меньше наблюдается импульсивности в действиях больного в кризисный момент ситуации. Соматовегетативный комплекс аффективных реакций представлен интенсивно, поэтому после аффекта обычно наступает чувство психической и физической разрядки, расслабленности, успокоенности.

Патологический аффект в клинике психических заболеваний отмечается нечасто. Он неадекватен ситуации, возникает внезапно по малозначащему поводу или даже без повода, сопровождается сложными, часто опасными действиями, совершаемыми на фоне нарушенного сознания сумеречного типа. Заканчивается патологический аффект чаще всего сном с последующей амнезией на действия, совершенные в состоянии аффекта.

Начиная с дошкольного возраста в клинике многих психических заболеваний наблюдается *синдром аффективной неустойчивости*. Характеризуется он легко и быстро возникающими состояниями гнева по малозначащим поводам и сопровождается нередко криком, агрессивными действиями, бранью. Аффективные состояния обычно отличаются кратковременностью и часто заканчиваются слезами раскаяния и чувством вины. Подобного рода состояния могут повторяться даже по нескольку раз в течение одного дня.

Тяжелым эмоциональным расстройством является состояние *дисфории*. Это чувство высокого психического и физического напряжения с легко возникающими у пациента состояниями гнева, агрессивности, после которых не наступает чувства разрядки, снятия эмоционального напряжения. Больные в периоды дисфорий представляют повышенную опасность для окружающих и нуждаются в активной терапии. Дисфория может продолжаться от нескольких часов до нескольких дней.

Сложным психопатологическим синдромом, сопровождающимся устойчивым снижением настроения, является *депрессия*. Депрессивный синдром — это переживание глубокой печали, тоски с чувством безысходности, бесперспективности, бессмысленности собственного существования. При одних заболеваниях депрессия возникает в силу тяжелых для личности внешних обстоятельств, при других — вне всякой связи с внешней ситуацией, из-за первичного повреждения структур головного мозга, участвующих в организации данного эмоционального состояния. При депрессиях больные высказывают бредовые и бредоподобные идеи самообвинения, самоуничижения, считая, что они самые ничтожные люди на земле, приносящие окру-

жающим одни страдания. Подобные утверждения часто сопровождаются суицидными мыслями и действиями. Пациенты отказываются от еды, питья, желая умереть, мало спят, постоянно отдаваясь тягостным переживаниям, будучи не в состоянии как-то отвлечься от них. Они активно ищут момента, когда незаметно для окружающих могут совершить суицидные действия. Для депрессий характерна триада симптомов: тоска, резкое замедление темпа мышления и речи, замедление моторики вплоть до двигательного ступора, при котором больные со скорбной мимикой лежат в постели, долгое время не меняя позы, или сидят, подолгу не меняя положение тела. Часто у пациентов с депрессией замедлено сердцебиение.

Иногда у людей, подверженных депрессии, внезапно могут возникать состояния резкого психомоторного возбуждения с элементами самоистязания: они мечутся, кричат, рвут на себе одежду, волосы, царапают себя, кусают, пытаются выдавить себе глаза, бьются головой о стену и пр. Это состояние называется *меланхолическим раптусом.*

У детей дошкольного возраста депрессивные состояния продолжаются от нескольких часов до нескольких дней и проявляются главным образом в соматовегетативных нарушениях — расстройстве сна, аппетита, замедленности движений, брадикардии, запорах. Подобные проявления часто называются соматическими эквивалентами депрессии. Чем старше ребенок, тем полнее представлен психический компонент депрессии. С подросткового возраста этот синдром обычно проявляется в полном объеме. Депрессии при психических заболеваниях у детей старшего возраста и взрослых обычно длятся от нескольких недель до нескольких месяцев. Необходимо иметь в виду, что суицидные действия

больные чаще совершают не на пике клинической картины депрессии, а в начале или в конце ее, когда они в состоянии скрывать от окружающих суицидные замыслы, диссимулировать свои переживания, выбирая наиболее благоприятный момент для их реализации.

Депрессия может сочетаться с тревогой, астеническими состояниями, бредовыми умозаключениями и некоторыми другими расстройствами психической деятельности, образуя еще более сложные психопатологические синдромы — тревожно-депрессивный, астенодепрессивный, депрессивно-бредовой и т. д.

Нередко при психических заболеваниях наблюдаются эмоциональные нарушения, которые характеризуются патологическим усилением или ослаблением интенсивности переживаний, изменением их качественных характеристик, устойчивости переживаний во времени, их адекватности окружающим обстоятельствам и пр. Перечислим наиболее часто встречающиеся эмоциональные расстройства.

Эмоциональная гиперестезия — чрезмерно бурные переживания в ответ на любые события реальной жизни, почерпнутые из книг, кинофильмов, рассказов окружающих людей. При этом больные долгое время находятся под впечатлением пережитого, в ряде случаев отдавая себе отчет в чрезмерности и неуместности интенсивного реагирования на события, которые зачастую непосредственно их и близких им людей не касаются. Данный синдром обычно существует длительно — от нескольких недель до многих месяцев — и встречается у людей различных возрастных групп.

Эмоциональная неустойчивость характеризуется быстрыми переходами от положительных эмоций к отрицательным и наоборот — от отрицательных

к положительным. При незначительном огорчении у больных отмечается обильная слезливость, а при изменении фабулы разговора они начинают улыбаться, когда слезы еще продолжают стекать по щекам. В раннем возрасте подобное явление встречается и у здоровых детей. В остальных возрастных группах эмоциональная неустойчивость возникает при психических заболеваниях.

Синдром слабодушия проявляется в виде легко и часто возникающей слезливости по поводу как неприятных, так и приятных событий. Больные понимают неуместность и неадекватность подобных проявлений чувств, но не в состоянии что-либо изменить. Интенсивность переживаний пациентов невелика и не длительна, несмотря на яркие внешние проявления. Например, при просмотре кинофильма больные плачут от умиления или огорчения в самые неподходящие для этого моменты, хотя усилием воли и пытаются сдержать слезы. Слабодушие при психических заболеваниях может возникать с дошкольного возраста. Длительность данного синдрома различна.

Неадекватность эмоций проявляется в противоположном по знаку эмоциональном реагировании на соответствующую ситуацию. Например, на печальные события пациенты реагируют смехом, шутками, песнями, а на радостные — слезами, гневом, избеганием приятной ситуации. Данный синдром отчетливо заметен у больных начиная с дошкольного возраста. Как правило, он существует длительное время.

Амбивалентность эмоций заключается в одновременном сосуществовании двух несовместимых эмоций, например радости и горя, любви и ненависти и т. п. В соответствии с таким эмоциональным реагированием на различные обстоятельства

поведение людей становится противоречивым, непоследовательным и непредсказуемым, а с другой стороны, окружающим становится сложно оценивать и понимать действия больных. Эмоциональная амбивалентность, как правило, наблюдается у пациентов разных возрастных групп в течение длительного времени.

Безучастное отношение ко всему происходящему называется *апатией*. При этом синдроме больным одинаково безразличны приятные и угрожающие жизни события. Чаще всего апатия сочетается с резким падением инициативности, отсутствием побуждений к целенаправленным действиям, что оформляется в апатоабулический синдром. Обычно пациенты лежат или сидят с безучастным выражением лица, реагируя лишь на конкретные, обращенные непосредственно к ним инструкции. Они не проявляют активности даже по отношению к еде, питью, физическому комфорту. Этот синдром проявляется с раннего детского возраста и обычно отличается длительным течением при разных психических заболеваниях.

Утрата тонких человеческих чувств при сохранении элементарных форм эмоционального реагирования называется *эмоциональной тупостью*. Больные могут смеяться, сердиться, проявлять эротичность, но не в состоянии разделить с кем-то радость, выразить сочувствие, сострадание, сопереживание. Контакт с такими пациентами носит формальный характер. Данный синдром обычно отмечается у больных в течение длительного времени и наблюдается во всех возрастных группах, начиная с раннего детского возраста.

Круг вопросов к пациенту относительно его настроения, переживаний, позволяющий ориентироваться в картине заболевания, достаточно широк.

Как вы себя чувствуете последнее время?

Какое настроение преобладает у вас последние дни?

Что вы чувствуете по отношению к окружающим людям?

Легче или труднее вам общаться с людьми в последнее время или так же, как всегда?

Не чувствуете ли вы в себе какое-то постоянное напряжение или, наоборот, расслабленность, безразличие ко всем?

Нет ли у вас ощущения тяжести, давления в груди в области сердца и снижения настроения?

Нет ли чувства страха? Ощущаете ли вы свой страх физически? Когда возникает чувство страха? В чем вы видите его причину?

Не появляется ли иногда непонятное внутреннее беспокойство, раздражительность, непоседливость?

Нет ли чувства переполненности энергией, жажды деятельности?

Чувствуете ли вы себя несчастным или, наоборот, счастливым?

Не приходят ли вам иногда мысли, что жизнь бессмысленна и, может быть, продолжать ее не стоит?

Не пытались ли вы что-нибудь с собой сделать? Когда это было? Это было один раз? Где? При каких обстоятельствах? Что вас спасло?

Не возникает ли иногда чувство внутренней опустошенности? Может быть, вы испытываете его сейчас?

Есть ли у вас желание общаться с людьми?

Когда ваше настроение обычно лучше — утром или вечером?

Может быть, каждый раз весной или осенью ваше настроение изменяется?

С оптимизмом или пессимизмом вы относитесь к своему будущему? Что вы чувствуете, когда встречаетесь с близкими вам людьми?

Вы не чувствуете себя виноватым в чем-то?

Как вы считаете, члены вашей семьи вас понимают? А вы их? Вас волнуют их проблемы?

Вы ощущаете в себе потребность о ком-то заботиться? и т. п.



Помимо наблюдения за поведением пациента во время клинической беседы и в повседневной жизни выявлению особенностей его эмоционального состояния способствуют такие экспериментально-психологические исследования, как цветовой тест Люшера, тематический апперцептивный тест (ТАТ), метод пиктограмм, ассоциативный эксперимент, метод незаконченных предложений, исследование самооценки больного, исследование уровня притязаний и др.



ВОЛЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ

Воля — это способность к выбору деятельности и внутренним усилиями, необходимым для ее осуществления. Воля обеспечивает произвольную регуляцию поведения. Нарушения ее целесообразно рассматривать поэтапно — от момента постановки цели до ее достижения.

Произвольная регуляция начинается с возникновения целевого, осознаваемого побуждения к тому или иному действию. При психических заболеваниях может неадекватно возрастать количество стимулов, побуждающих человека к действиям. Это наблюдается, например, при маниакальном синдроме или синдроме гиперактивности. Больные в таких случаях вовлекают в орбиту своих хаотичных и непоследовательных действий всех окружающих; любые ситуационные изменения мгновенно становятся источником очередной направленности их поступков. Такая неуемная сверхактивность чрезвычайно утомительна для окружающих. В тяжелых случаях продуктивность в деятельности больных почти отсутствует. Наблюдается шквал непоследовательных вопросов без выслушивания ответов, ряд хаотичных поступков, как правило без достижения необходимых результатов, и переключение на все новые и новые действия.

Обратный вариант патологии целевой активности в виде резкого сокращения побудительных мотивов к действиям наблюдается, например, при депрессивном синдроме. Находясь в депрессивном ступоре, больные не проявляют ни к чему интереса и не стремятся к деятельности, с трудом выполняя отдельные инструкции; их спонтанная активность внешне почти не заметна и часто направлена на поиск возможностей для самоубийства.

Полное отсутствие спонтанной целевой активности в сочетании с гипокинезией отмечается при *апатоабулическом синдроме*. При выраженной апатии больные могут совершать простые действия, к которым их побуждают окружающие. При отсутствии внешних побуждений такие люди не проявляют никакой активности даже в опасных для себя ситуациях.

Своеобразная дискинезия проявляется при *кататоническом синдроме*. Больные могут совершать разнообразные, часто достаточно сложные действия, которые лишены осознаваемой цели, содержания, выполняются как бы безотчетно, автоматически, но обычно в рамках клинически ясного сознания. Может, например, наблюдаться кататонический ступор, при котором пациенты обездвижены, не обслуживают себя, не говорят, проявляют мутизм, не выполняют никаких инструкций, и за всем этим не стоит какой-то содержательной цели. По выходе из кататонического ступора больные не могут объяснить, почему они так себя вели, хотя, как правило, помнят о событиях, которые в это время происходили. Частичный кататонический ступор нередко проявляется в виде симптома «воздушной подушки», когда пациенты могут часами лежать в кровати, удерживая голову приподнятой над подушкой; при каталепсии они длительно сохраняют одну и ту же позу, застывая в одном положении, подобно манекену.

При кататоническом синдроме может наблюдаться резкое психомоторное возбуждение, когда больные могут внезапно импульсивно вскакивать, куда-то бежать, кричать, кого-то ударить — и все это немотивированно, без осмысленной цели. Они могут многократно повторять одни и те же движения, например раскачиваться из стороны в сторо-

ну, качаться на сетке кровати, ходить по кругу или из угла в угол по одной траектории и т. п. Это называется двигательными стереотипиями. Такие же стереотипии могут наблюдаться в речи больных, когда они многократно повторяют одну и ту же фразу или слово. К кататонической симптоматике относятся и эхо-симптомы в виде непроизвольного повторения движений и жестов окружающих людей (*эхопраксия*) или слов собеседника (*эхолалия*). Нередко при кататоническом синдроме регистрируются явления активного негативизма, при котором больные немотивированно совершают действия, противоположные тем, которых от них ожидают; иногда наблюдаются явления пассивного негативизма — больные так же немотивированно сопротивляются любым обращенным к ним инструкциям, не выполняя их.

Процесс принятия решения, как второй этап волевого действия, следующий за возникновением различных побуждений, может при психических заболеваниях резко сокращаться во времени, вплоть до почти полного отсутствия борьбы мотивов при выборе цели действий в данный момент. Это выражается, например, в насильственных (компульсивных) мыслях, действиях и влечениях. Несмотря на то что больные осознают неадекватность возникших побуждений, они ищут способы реализации их почти без борьбы мотивов. Компульсивные влечения бывают нескольких видов.

1. Патологическое влечение к огню (*пиромания*), которое проявляется во внезапно возникающем непреодолимом для больных желании немедленно видеть огонь, наслаждаясь зрелищем пожара. В таких случаях больные, невзирая на обстоятельства, совершают поджоги где угодно,

будучи не в состоянии противостоять этому побуждению.

2. Патологическое воровство (*клептомания*) заключается во внезапном непреодолимом желании взять чужую вещь, обычно совершенно ненужную, однако само желание настолько сильно, что больные его реализуют при полном осознании предосудительности своего поступка. В дальнейшем, как правило, они прячут взятую вещь, не пользуясь ею, и даже забывают о ее существовании.

3. Патологическое бродяжничество (*дромомания*) проявляется во внезапных побегах больных без каких-либо на то оснований. Это внезапное стремление куда-то мчаться больные не могут в дальнейшем объяснить, ссылаясь просто на возникновение непреодолимого желания.

Если описанные выше три варианта патологических компульсивных влечений могут наблюдаться уже с дошкольного возраста, то следующий, четвертый вариант редко проявляется раньше подросткового возраста.

4. Патологические запои (*дипсомании*) заключаются во внезапно наступающем непреодолимом влечении к употреблению алкоголя длительностью от нескольких дней до нескольких недель. Вне таких приступов у пациентов может быть даже отвращение к алкоголю.

Борьба мотивов при психических заболеваниях может носить затяжной характер с медленным принятием окончательного решения. Так бывает, например, при навязчивых мыслях. Больные, понимая нелепость таких мыслей, упорно борются с ними, стараясь их не реализовывать в действиях, и лишь спустя иногда довольно длительное время

прекращают сопротивление, поддаваясь навязчивым побуждениям.

Борьба мотивов может вообще не завершаться принятием окончательного решения, что наблюдается при различных заболеваниях в виде *амбитендентности* — одновременного сосуществования двух, нередко противоположных и взаимоисключающих, побуждений (встать или лечь, поцеловать или ударить и т. п.).

Искажение третьего этапа волевого действия — реализации побуждения, процесса достижения цели — при психических заболеваниях может быть двояким: либо движение к цели становится чрезмерно жестким, либо человек не достигает цели, останавливаясь на полпути.

Достаточно жесткое стремление к цели наблюдается у больных с наличием в клинической картине заболевания сверхценных или бредовых идей. При этом поведение пациентов со сверхценными идеями все-таки достаточно пластично: они находят разные варианты для достижения цели, учитывая реальные обстоятельства, способны на временные отступления при наличии серьезных препятствий. Больные же со стойким систематизированным бредом, как правило, утрачивают способность к реагированию на логические противоречия в своих суждениях и действиях; никакие факты реальной действительности и противодействие окружающих не отвращают таких людей от упорного продвижения к цели в рамках бредовой концепции и трактовки происходящего. Подобного рода нарушения редко отмечаются у детей ранее подросткового возраста, но у отдельных больных и в более юном возрасте встречается такое своеобразное «усиление воли» при сверхценных и бредоподобных идеях.

Жесткое продвижение к цели с преодолением любых препятствий наблюдается и у больных с насильственными мыслями и компульсивными влечениями. Их патологические устремления являются столь мощными регуляторами поведения, что практически почти всегда реализуются.

Наоборот, ослабление механизма реализации намерений отмечается, например, при маниакальном синдроме. Пациенты при этом легко оставляют задуманное, переключаясь на очередной внешний стимул. Такое явление может иметь место и при врожденной умственной отсталости, при атеросклеротическом и старческом слабоумии.

Наблюдая за поведением больного с волевыми нарушениями, целесообразно обращать внимание на темп, интенсивность, количество его движений, на общий ритм двигательной активности и его стабильность. Необходимо при этом отмечать способность больного к концентрации и переключению внимания, продуктивность его речи, действий и деятельности. Можно задать пациенту следующие вопросы: «Считаете ли вы, что в настоящее время думаете и действуете быстрее или медленнее, чем раньше? Замечаете ли вы, что при просмотре телевизионных передач, при чтении, в учебе, работе ваша продуктивность как-то изменилась — ухудшилась или, наоборот, улучшилась? Чувствуете ли вы себя как обычно, ощущаете ли в себе переизбыток энергии или, наоборот, отсутствие ее и желания что-либо делать? Не ощущаете ли вы временами вынужденность каких-либо своих действий вопреки желаниям?»



РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ИНСТИНКТИВНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ

Инстинктивное поведение не поддается произвольному регулированию, ибо инстинкт — это врожденная, генетически обусловленная программа действий, направленная на поддержание видового и индивидуального существования. В структуре инстинктов функционируют соответствующие им влечения. Под влечениями понимается врожденная способность организма к поиску ситуаций, в которых может быть реализован данный инстинкт. Влечение частично осознается индивидом, но большей частью поведение регулируется на неосознаваемом уровне психической деятельности. На основе влечений в конкретных ситуациях у человека возникают соответствующие этим влечениям желания. Желания конкретны, осмыслены и осознаны индивидом; они поддаются произвольному (волевому) контролю: когда, где и как возможна реализация того или иного желания.

При психических заболеваниях характер проявления влечений может меняться, что делает поведение больного неадекватным реальным обстоятельствам. Возможно, например, изменение интенсивности влечений в виде ее ослабления или усиления. Так, при угасании влечений резко уменьшаются или полностью исчезают соответствующие им желания. Например, снижение степени влечения к еде проявляется у больных в виде устойчивых отказов от пищи на фоне отсутствия аппетита. Такое нарушение называется *анорексией*. Оно может встречаться во всех возрастных группах и часто наблюдается при депрессиях, при апатоабулическом синдроме. При этих же синдромах от-

мечается снижение интенсивности полового влечения и стремления к самозащите (даже в катастрофических обстоятельствах, например при пожаре, больные могут не предпринимать никаких мер для своего спасения).

При психических заболеваниях возможно и резкое усиление интенсивности влечений. Так, например, при органическом поражении лобных структур головного мозга нередко усиливается аппетит, вплоть до явления, называемого «волчий голод» (*булимия*), при котором больные едят много, с жадностью, где угодно и не знают предела в еде. Может наблюдаться и усиление полового влечения в виде гиперсексуальности (например, при маниакальном синдроме) или обнаженного, циничного эротизма (при некоторых вариантах слабоумия). Обострение защитных реакций отмечается, например, в резко выраженной форме при дисфории, когда на фоне эмоциональной напряженности больной проявляет агрессивность по любому ничтожному поводу.

Возможен и третий вариант нарушения поведения, основанного на влечениях,— извращение влечений, при котором либо объект для достижения цели, либо способ действий, избираемый больным для этого, неадекватны и биологически нецелесообразны. Извращение пищевого влечения, например, проявляется в поедании человеком несъедобных объектов. В таких случаях пациент разжевывает и проглатывает мусор, землю, собственные экскременты, бумагу, одежду и пр. Извращение механизма самозащиты проявляется в суицидных действиях без обоснованных субъективных и объективных причин (как первичное влечение к смерти — суицидомания) или в разного рода самоистязаниях.

Извращение полового влечения может проявляться в виде выбора неадекватного для этого объекта (люди своего пола, статуи, трупы, животные, младенцы, старики, предметы одежды и пр.) или в виде извращенного способа действий для достижения полового удовлетворения. Особенно значим в этом отношении садизм — истязание, мучительство и даже убийство жертвы с целью получения сексуального удовлетворения. Следует иметь в виду, что как влечение к лицам своего пола (гомосексуализм), так и садизм не обязательно говорят о психическом заболевании; они могут быть и результатом неправильного воспитания, длительного неблагоприятного средового воздействия на человека соответствующих форм поведения окружающих.



НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

В клинической практике для проверки ясности сознания у больного прежде всего выявляют ориентировку в месте, времени, ситуации и собственной личности. Расстройства сознания могут быть различными по глубине помрачения и по содержанию переживаний в период нарушенного сознания.

Наиболее легкий вариант помрачения сознания называется *обнубиляцией*. Это кратковременное поверхностное изменение ясности сознания, субъективно переживаемое пациентом как затруднение, но не полная невозможность разобраться в происходящем. При этом больной отмечает внезапность, неожиданность и кратковременность таких состояний («как облако на миг затемняет солнечный свет, затрудняя ясность восприятия окружающего»).

Более глубокий вариант помрачения сознания, чем обнубиляция, называется *оглушенностью*. Оглушенность характеризуется резким замедлением темпа протекания всех психических процессов, в связи с чем больной долго не может сориентироваться в происходящем, установить причинно-следственные отношения в окружающем мире. Например, смысл вопроса становится ясен пациенту только после неоднократного его повторения. Наконец, после того как больной понимает то, о чем его спрашивают, следует долгая пауза, после которой наступает его ответная реакция. Таким образом, элементарная ориентировка в месте, времени, ситуации и собственной личности возможна, но протекает замедленно. Подобного рода нарушения сознания нередко возникают на фоне тяжело протекающих инфекций, интоксикаций, черепно-моз-

говых травм. Оглушенность удается регистрировать в клинике заболеваний начиная с 2–3 лет.

Если оглушенность сопровождается резко выраженной сонливостью, такое явление называется *сомнолентным состоянием сознания*. При интенсивных расспросах больного можно получить у него ответные реакции на речевом и неречевом уровне в форме, свойственной оглушенности, но, как только расспросы прекращаются, пациент быстро засыпает.

Вариантом еще более глубокого помрачения сознания является *сопор*. В сопорозном состоянии сознания больной лежит, реагируя лишь на физиологически интенсивные раздражители (громкий звук, болевые раздражители и т. п.). Ответные же реакции на раздражители возможны лишь на уровне нервной регуляции — в виде безусловно-рефлекторных действий (например, пациент может посмотреть в сторону источника резкого звука или болевого раздражителя). Такие нарушения сознания выявляются у больных начиная с раннего возраста. Особенно часто они отмечаются при тяжелых токсико-инфекционных процессах, при травмах черепа.

Самое глубокое помрачение сознания называется *комой*. При коматозном состоянии сознания не удается получить ответных реакций больного на большинство раздражителей даже на физиологическом уровне. У пациента наблюдаются патологические рефлексы, свидетельствующие о глубоком торможении функций нервной системы. Затяжные коматозные состояния свидетельствуют, как правило, о тяжелом и жизненно опасном течении болезни.

Существует несколько вариантов нарушения сознания, сопровождающихся иллюзиями, галлюци-

нациями, эмоциональными нарушениями и т. п., что ведет к сложному, неадекватному поведению больных.

Один из таких часто встречающихся вариантов нарушения сознания — *делириозный синдром*. Делирий характеризуется нарушением ориентировки в месте, времени, ситуации. Самосознание у пациентов обычно не нарушается. На фоне указанной дезориентировки наблюдается обилие иллюзий и галлюцинаций. Как правило, на начальных этапах появляются бессонница и необъяснимая тревога, затем возникают иллюзии и наконец многочисленные, преимущественно зрительные галлюцинации. Галлюцинаторные образы, обычно устрашающего содержания, калейдоскопически сменяют друг друга и побуждают больных к активным или, реже, пассивным защитным действиям. В результате, защищаясь от мнимых преследователей, пациенты в состоянии страха выпрыгивают из окон, кидают в галлюцинаторных персонажей любые попавшиеся под руку предметы, пользуются оружием и т. д. Поэтому больные с делириозным синдромом опасны для себя и окружающих людей.

При делирии, помимо зрительных галлюцинаций, могут возникать тактильные, слуховые, обонятельные галлюцинаторные образы. У детей раннего возраста преобладают одиночные зрительные и тактильные галлюцинации. Дошкольники чаще «видят» насекомых, игрушки, сказочных персонажей. Обычно у детей дошкольного возраста делирий возникает эпизодами по нескольку минут, у младших школьников — от нескольких минут до нескольких часов, у подростков и взрослых — от нескольких часов до нескольких дней. После прояснения сознания у больных сохраняются более или менее полные воспоминания о психотических

переживаниях с достаточно быстро наступающим критическим отношением к болезни. До тех пор пока критическая оценка не выработалась, пациенты могут рассказывать о галлюцинаторных эпизодах как о реальности. Это явление называется резидуальным (остаточным) бредом. Как правило, такой бред кратковременен и спустя несколько дней редуцируется. Чаще всего делириозное нарушение сознания отмечается при инфекционных заболеваниях и тяжелых интоксикациях.

Начиная с 9–12 лет нередко при упомянутых заболеваниях возникает онейроидное нарушение сознания. *Онейроидный синдром* характеризуется дезориентировкой в месте, времени, ситуации и собственной личности. Движения больных обычно заторможены, наблюдается обилие зрительных и слуховых галлюцинаций, ярких представлений, сновидных образов, причудливо объединяющихся в единый фантастический сюжет в виде сценических панорамных картин, где их фабула переплетается с реальностью. Пациенты относятся к этим событиям созерцательно, активно в них не участвуя (как зрители при просмотре увлекательного кинофильма). Продолжительность онейроидных состояний колеблется от нескольких часов до 1–2 недель. Как и при делирии, после прояснения сознания у пациентов остаются воспоминания о пережитом, но постепенно забываются его действия, а затем и фабулы.

При мозговых инфекциях и тяжелых интоксикациях может развиваться *аментивный синдром* расстройства сознания. Как и при онейроидном состоянии, при аменции наблюдается дезориентировка всех видов, сопровождающаяся бессвязностью мышления и речи. При этом у больных наблюдается растерянность, аффект недоумения: они

озираются по сторонам с мимикой недоумения, будучи не в силах понять, что происходит вокруг. Они замечают частности, но не могут осмыслить всю ситуацию в целом. Лишь на короткое время пациенты способны фиксировать внимание на внешних раздражителях, оказывающихся в поле их зрения или слуха. С больными, находящимися в аментивном состоянии, продуктивный контакт невозможен.

В структуру аментивного синдрома фрагментарно могут включаться эмоциональные нарушения (чаще в виде тревоги или страха) либо галлюцинаторные эпизоды. Данное расстройство сознания столь глубоко, что после него у больных не остается никаких воспоминаний об этом периоде. Аментивный синдром редко встречается раньше подросткового возраста.

Несколько напоминает аментивный синдром по своим проявлениям *синдром астенической спутанности сознания*. Это мерцающая ясность сознания, при которой в момент прояснения с человеком можно установить адекватный продуктивный контакт. Но в процессе общения больные крайне быстро начинают обнаруживать признаки истощения внимания, и через 5–10 минут после начала беседы сознание вновь нарушается, полностью утрачивается ориентация в окружающем и в собственной личности, мышление и речь становятся бессвязными. В структуре различных психических заболеваний астеническая спутанность сознания у пациентов разных возрастных групп может продолжаться до 2–3 недель.

Довольно глубоким нарушением сознания, сопровождающимся автоматизированным действиями разной сложности, является *сумеречное нарушение сознания*. Оно характеризуется резким, вне-

запным началом, продолжается от нескольких минут до нескольких дней. Затем больные резко выходят из состояния нарушенного сознания, и впоследствии отмечается амнезия на события этого периода. В структуру сумеречного нарушения сознания могут включаться галлюцинаторные эпизоды и бредовые построения, что может делать поведение пациентов особенно опасным. Сумеречное расстройство сознания, сопровождающееся элементарными автоматизированными действиями (кивание, вращение вокруг вертикальной оси, облизывание губ, раздевание и т. п.), называется *амбулаторным автоматизмом*, а внезапный неудержимый бег куда-то — *фугой*. Если сумеречное расстройство сознания возникает во время сна и сопровождается перемещением больных в пространстве, манипулированием предметами окружающей обстановки, а затем возвращением в постель и продолжением сна, то такое расстройство называется *сомнамбулизмом*. Сумеречные расстройства сознания наблюдаются у больных разных возрастных групп.



ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

При психических заболеваниях симптомы, как отдельные патологические проявления, группируются во взаимосвязанные и нередко взаимообусловливающие друг друга комплексы, называемые *синдромами*. В связи с этим психопатологический синдром является более крупной патологической структурой, чем симптом.

В качестве примера рассмотрим некоторые наиболее часто встречающиеся синдромы.

Синдром галлюциноза

Под галлюцинозом понимается затяжное, иногда хроническое галлюцинирование с преобладанием у больных частично критического к нему отношения. В случаях острого галлюциноза, помимо обильных галлюцинаций, может регистрироваться бред и аффективное реагирование на галлюцинаторно-бредовую фабулу. Например, встречается сочетание вербального галлюциноза с бредом преследования (при хроническом алкоголизме); зрительного и слухового галлюциноза с бредом бытового содержания (при атеросклерозе сосудов головного мозга); могут преобладать яркие, красочные галлюцинации в виде насекомых, животных, цветов (при лейкоэнцефалитах) или возникающих в вечернее время ярких, подвижных, цветных, изменчивых по величине множественных галлюцинаторных образов животных (при поражениях области III желудочка и ствола головного мозга) на фоне спокойного и даже добродушного отношения к этому самих больных и др.

Синдром деперсонализации

С одной стороны, это нарушение восприятия собственного тела и собственных психических про-

цессов. С другой — постоянное сопоставление восприятия больными своего тела и психики до заболевания и в данный момент. Вместе с тем это мучительное переживание такой измененности восприятия самого себя на фоне тревожной депрессии. И наконец, подобного рода симптоматика имеет отношение к расстройству самосознания. В рамках измененной ясности сознания этот синдром обычно кратковременен, а в структуре заболеваний, протекающих на фоне клинически ясного сознания, синдром деперсонализации длится, как правило, от нескольких недель до нескольких месяцев.

Параноидный синдром

При данном синдроме наблюдается сочетание бредовых идей с галлюцинациями, которые по содержанию обычно совпадают или дополняют друг друга. Систематизируясь, бредовые идеи становятся мощным регулятором поведения больных, а их неоспоримая субъективная истинность постоянно как бы поддерживается галлюцинаторным сюжетом. Мышление становится детализированным. В зависимости от содержания параноидного синдрома пациенты могут быть эмоционально напряжены, агрессивны, депрессивны или восторженны, ажитированны и т. д.

Синдром психического автоматизма

Он представляет собой сочетание бредовых идей преследования и воздействия с вербальными псевдогаллюцинациями. Больные часто утверждают при этом, что их мысли звучат и окружающие их слышат, узнают о желаниях и стремлениях, управляют их мыслями, чувствами и движениями, вызывают в теле разные ощущения, вмешива-

ются в течение их мыслей, из-за этого мысли то внезапно обрываются, то мчатся неудержимым потоком. Поэтому принято выделять идеаторный, моторный, сенсорный (сенестопатический) варианты этого синдрома.

Амнестический синдром

Пациенты не запоминают текущих событий (фиксационная амнезия), затрудняются в воспроизведении информации, заполняя пробелы конфабуляциями и псевдореминисценциями. Из-за расстройств памяти больные дезориентированы в месте, времени и ситуации. Они путают имена даже близких людей, могут быть при этом растерянны, удручены, апатичны или беспечны, в зависимости от заболевания, в рамках которого данный синдром наблюдается.

Синдром слабоумия

Слабоумие может быть врожденным (*врожденная умственная отсталость*) и приобретенным (*деменция*). При врожденном слабоумии дети отстают в темпе раннего психомоторного развития, причем чем сложнее психическая функция, тем на более длительный период отстает от нормы время ее проявления и тем качественно сильнее она отличается от средних показателей. Несмотря на то что недостаточность конкретно-действенного, наглядно-образного и абстрактно-логического мышления занимает центральное место в клинической картине врожденной умственной отсталости, другие когнитивные и некогнитивные психические функции (тонкие гностические функции, ассоциативная память, произвольное внимание, тонко диф-

ференцированные чувства типа сопереживания, чувства такта, целенаправленная активность, инициативность, целеустремленность) тоже развиваются недостаточно. Иначе говоря, речь идет об общей психической недоразвитости, которая в течение жизни индивида не исчезает и не углубляется.

В то же время лечебно-коррекционные и педагогические мероприятия способствуют, в рамках возможного, адаптации людей к жизни в обществе.

Приобретенное слабоумие характеризуется тем, что в результате ряда психических заболеваний со временем отмечается постепенно нарастающая дефицитарность прежде всего интеллектуальных возможностей человека. Причем интеллектуальная недостаточность может возникать за счет снижения способности к отвлеченному мышлению, за счет вязкости, резонерства или разорванности мышления. В основе интеллектуальной недостаточности при деменциях могут лежать грубые патологии восприятия (типа агнозий), речи (типа афазий), памяти (амнестический синдром), тяжелые расстройства произвольного внимания. Обычно деменции сопровождаются глубокими личностными изменениями в виде примитивных интересов, падения активности, грубых проявлений инстинктивных форм поведения. Обычно чем дольше продолжается заболевание, тем массивнее становятся признаки деменции, приобретая «общий» характер, несмотря на относительно «локальное» начало.

Ипохондрический синдром

Данный синдром характеризуется упорными представлениями, сомнениями, мыслями больных о якобы имеющемся у них катастрофически тяжелом и опасном для жизни соматическом заболева-

нии. Такие переживания могут оформляться в виде навязчивых состояний. В этих случаях пациенты понимают нелепость своих опасений и мучительно стараются их преодолеть, задавая вопросы о состоянии своего здоровья. Они обычно испытывают чувство неловкости или стыда, так как знают, что не больны, но не в силах в определенные моменты не спрашивать об этом снова и снова.

Ипохондрический синдром может быть представлен в виде сверхценной идеи. Больные в таких случаях нуждаются в частых обстоятельных и логичных разуверениях врачей, к которым они постоянно обращаются, находя у себя какие-либо единичные «признаки болезни».

Ипохондрический синдром нередко проявляется при психических заболеваниях в виде бредовых идей, в рамках которых пациенты строят нелепые утверждения о «жутких признаках» тяжелых болезней, вплоть до заявлений, что их внутренние органы сгнили и распались, сосуды лопнули, кожа истончилась и вообще они уже не живые люди, а трупы (*нигилистический бред*).

Часто в структуре ипохондрического синдрома встречаются сенестопатии — тактильные галлюцинации, которые обостряют переживания больных. Картина синдрома при этом обычно дополняется тревожно-депрессивной симптоматикой, что делает состояние пациентов крайне мучительным.

Депрессивный синдром

У больных наблюдается комплекс следующих симптомов: снижение настроения, бредовые и бредоподобные идеи самообвинения и самоуничижения, суицидные тенденции, бессонница, отсутствие аппетита, запоры, замедление темпа мышления,

двигательная и речевая заторможенность вплоть до депрессивного ступора; эпизодически отмечаются состояния меланхолического раптуса (резкое психомоторное возбуждение с криками отчаяния, самоистязанием и т. п.). Нередко при глубоких депрессиях наблюдается синдром деперсонализации и дереализации.

В рамках депрессии может быть в значительной мере представлен тревожный компонент, или «чувство опустошенности, разряженности», нежелания что-либо делать.

Маниакальный синдром

При этом синдроме у больных наблюдается резкий, неадекватный действительности подъем настроения, бредовые идеи величия, чувство переполненности энергией, неуемная жажда деятельности; отмечаются гиперактивность, многоречивость, быстрое и хаотичное включение в различные ситуационные обстоятельства, не имеющие к пациентам непосредственного отношения. Больные нередко остроумны, легковесны, гиперсексуальны, безответственны, лишены чувства дистанции. Сон у них резко укорочен, аппетит повышен. Отмечается ускорение моторики, темпа мышления и речи, учащение сердцебиения.

Кататонический синдром

Это синдром двигательно-волевых нарушений, проявляющийся в отсутствии целенаправленных осмысленных побуждений, на фоне которых отмечаются двигательный ступор, явления «восковой гибкости», двигательных и речевых стереотипий, эхосимптомов, импульсивного психомоторного возбуждения без соответствующего действиям переживания.

Психоорганический синдром

Данный синдром характеризуется интеллектуальной недостаточностью вследствие органического поражения головного мозга. У больных отмечается неврологическая симптоматика, отражающая локализацию повреждения мозга, могут наблюдаться судорожные припадки. Кроме того, наблюдаются психопатоподобные изменения личности, которые в сочетании с интеллектуальной дефицитарностью делают поведение человека примитивным, огрубленным, с выраженной аффективной неустойчивостью, расторможенностью и извращенностью влечений, утратой социальных навыков.

Аутистический синдром

Синдром проявляется в отсутствии сопережива ния другим людям, потребности в общении, в своеобразном игнорировании происходящего вокруг за счет погружения во внутренний мир собственных представлений, размышлений, фантазий и воображения. События внешнего мира, особенно на уровне межчеловеческих отношений, как бы утрачивают для больного значимость по сравнению с внутренними переживаниями, что резко затрудняет продуктивный контакт с окружающими людьми.

Синдром гиперактивности

У пациентов на фоне дефицита способности к устойчивой концентрации произвольного внимания наблюдается излишняя моторная активность (*гиперкинетичность*), неудержимое и неуемное стремление к деятельности в сочетании с быстрым переключением от одного ее вида к другому, вовле-

чением в сферу собственной активности окружающих людей, многоречивостью. Больные не знают ни минуты покоя, и их энергичный напор оказывается крайне изнурительным для окружающих.

Синдромы нарушений сознания

Как сложную совокупность взаимосвязанных друг с другом симптомов разных вариантов расстройства сознания можно выделить делирий, онейроидное и сумеречное состояния сознания. Делирий представляет собой дезориентацию в месте, времени, ситуации, сопровождается нарушением сна, тревожным фоном настроения, иллюзиями и галлюцинациями устрашающего содержания с активным по отношению к ним защитно-оборонительным поведением больных. При онейроиде отмечается дезориентация всех видов в сочетании с двигательной заторможенностью пациентов, яркими, последовательными, связанными в фантастический сюжет галлюцинациями при пассивно-созерцательном отношении к ним больных. Резкое сужение поля сознания при сумеречном состоянии характеризуется автоматизированными действиями разной сложности в сочетании с эпизодически возникающими галлюцинациями, тревогой, агрессивным поведением по типу бредового.

Таким образом, на примере рассмотренных психопатологических синдромов виден их сложный характер как патологических явлений, структурированных из взаимосвязанных друг с другом симптомов.

ЗНАЧЕНИЕ ДАННЫХ СОМАТИЧЕСКОГО, НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО И ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ

Данные соматического обследования больных могут оказаться важными при постановке психиатрического диагноза, так как психические нарушения часто возникают из-за нарушения деятельности внутренних органов (врожденные пороки развития или органические повреждения внутренних органов, заболевания желез внутренней секреции, атеросклероз сосудов головного мозга, различные инфекционные болезни и пр.). Соматические нарушения, в свою очередь, могут являться следствием глубоких переживаний человека в психотравмирующих обстоятельствах (психосоматические заболевания). Соматические болезни могут придавать атипичность проявлениям психозов и неврозов. Наконец, соматические заболевания могут протекать параллельно и независимо от психических.

Результаты обследования отоларинголога и окулиста могут оказаться важными для диагностики, так как патология периферических анализаторов нередко свидетельствует об определенной соматической патологии, в структуре которой характерными являются отклонения в психической деятельности.

Обследование больных невропатологом поможет выявить признаки патологии центральных и периферических отделов нервной системы как локального, так и диффузного характера, что позволяет облегчить понимание патогенеза и клинических проявлений психических расстройств.

Клинические и биохимические анализы жидкостных сред организма позволяют выявить и уточ-

нить характер соматических заболеваний, вызывающих психические нарушения.

Генетические исследования (цитологический, биохимический и генеалогический методы) дают возможность оценить роль наследственных механизмов в происхождении психических нарушений у данного больного либо определить степень риска их возникновения у обратившегося за консультацией человека.

С помощью рентгенографии черепа, ангиографии сосудов мозга и пневмоэнцефалографии обнаруживаются грубые локальные деструктивные, атрофические и объемные процессы в головном мозге больного, в его сосудистой и желудочковой системах, признаки повышения внутричерепного давления.

Об общих и локальных нарушениях в структурах головного мозга могут свидетельствовать результаты электроэнцефалографического исследования, компьютерной томографии, магнитно-ядерного резонансного обследования.



СТРУКТУРА ДИАГНОЗА И КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Диагностика психического заболевания на современном этапе проводится по нозологическому принципу, то есть на основе единства этиологии, патогенеза, клинических проявлений, течения и исхода. Таким образом, диагноз структурируется на основе следующих разделов изучения больного:

1) жалобы больного;
2) анамнез жизни;
3) анамнез заболевания;
4) психический статус (а — психопатологические симптомы, б — психопатологические синдромы);
5) специальные психологические, нейропсихологические, патопсихологические методы обследования психических функций и личности больного;
6) соматический статус;
7) неврологический статус;
8) данные обследования окулиста;
9) данные обследования отоларинголога;
10) клиническое и биохимическое исследование крови, мочи, кала, спинномозговой жидкости;
11) генетическое исследование;
12) рентгенограмма черепа;
13) пневмоэнцефалограмма;
14) электроэнцефалограмма;
15) томография мозга.

С учетом изложенных параметров диагностики создана Международная классификация психиче-

ских и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (МКБ-10). Следует иметь в виду, что не всегда при исследовании больного возможно с достаточной степенью уверенности сформулировать диагноз заболевания по нозологическому принципу. Кроме того, для постановки такого диагноза нередко необходим анализ динамики симптоматики на протяжении жизни пациента. Наконец, существующие в мире различные психиатрические школы и направления допускают неоднозначную трактовку тех или иных отклонений в психической деятельности. Поэтому данная классификация заболеваний является в определенной мере эклектичной и в целях статистической обработки информации использует и нозологический, и синдромологический принципы классификации. Ниже приводится МКБ-10 с сокращениями и без шифрованных обозначений.

Органические, включая симптоматические психические расстройства.

Деменция при болезни Альцгеймера.

Сосудистая деменция.

Деменция при болезнях, квалифицированных в других разделах:

— деменция при болезни Пика;
— деменция при болезни Крайцфельдта—Якоба;
— деменция при болезни Гентинтона;
— деменция при болезни Паркинсона;
— деменция при заболеваниях, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем или другими веществами.

Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами.

Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга либо вследствие физической болезни.

Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ.

Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства.

Хронические бредовые расстройства.

Острые и транзиторные бредовые расстройства.

Индуцированное бредовое расстройство.

Шизоаффективные расстройства.

Аффективные расстройства настроения.

Маниакальный эпизод.

Биполярное аффективное расстройство.

Депрессивный эпизод.

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

Тревожно-фобические расстройства.

Обсессивно-компульсивное расстройство.

Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства.

Соматоформные расстройства.

Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами:

— нервная анорексия;
— нервная булимия;
— рвота, сочетающаяся с другими психологическими нарушениями.

Расстройства сна неорганической природы.

Половая дисфункция, не обусловленная органическими расстройствами или заболеванием.

Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых.

Специфические расстройства личности:
— параноидное расстройство личности;
— шизоидное расстройство личности;
— диссоциальное расстройство личности;
— эмоционально неустойчивое расстройство личности;
— истерическое расстройство личности;
— ананкастное расстройство личности;
— тревожное расстройство личности;
— зависимое расстройство личности.

Хронические изменения личности, не связанные с повреждением и заболеванием мозга:
— хронические изменения личности после переживания катастрофы;
— хроническое изменение личности после психической болезни.

Расстройства привычек и влечений:
— патологическая склонность к азартным играм;
— патологические поджоги;
— патологическое воровство;
— трихотиломания.

Расстройства половой идентификации:
— транссексуализм;
— трансвестизм двойной роли;
— расстройство половой идентификации у детей.

Расстройства сексуального предпочтения:
- — фетишизм;
- — эксгибиционизм;
- — вуайеризм;
- — педофилия;
- — садомазохизм.

Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией.

Другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых:
- — преувеличение физических симптомов по психологическим причинам;
- — преднамеренное вызывание и симуляция симптомов или инвалидизации, физических или психологических (симулятивное расстройство).

Умственная отсталость.

Легкая умственная отсталость.

Умеренная умственная отсталость.

Тяжелая умственная отсталость.

Глубокая умственная отсталость.

Нарушения психологического развития:
- — специфические расстройства развития речи;
- — специфические расстройства артикуляции речи;
- — расстройство рецептивной речи;
- — приобретенная афазия с эпилепсией.

Специфические расстройства развития школьных навыков:
- — специфическое расстройство чтения;
- — специфическое расстройство спеллингования;
- — специфическое расстройство навыков счета;
- — смешанное расстройство школьных навыков.

Общие расстройства развития:
- — детский аутизм;
- — синдром Ретта;
- — гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями;
- — синдром Аспергера.

Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.

Гиперкинетические расстройства:
- — нарушение активности внимания;
- — гиперкинетическое расстройство поведения.

Расстройства поведения:
- — расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи;
- — несоциализированное расстройство поведения;
- — социализированное расстройство поведения;
- — оппозиционно-вызывающее расстройство.

Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста:
- — тревожное расстройство в связи с разлукой;
- — фобическое тревожное расстройство;
- — социальное тревожное расстройство;
- — расстройство сиблингового соперничества.

Расстройство социального функционирования с началом, специфическим для детского возраста:
- — элективный мутизм;
- — реактивное расстройство привязанности.

Тикозные расстройства:
- — транзиторное тикозное расстройство;
- — хроническое двигательное или голосовое тикозное расстройство;
- — комбинированное голосовое и множественное двигательное тикозное расстройство.

Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте:

- — неорганический энурез;
- — неорганический энкопрез;
- — расстройства питания в младенческом возрасте;
- — поедание несъедобного в младенческом возрасте;
- — стереотипные двигательные расстройства;
- — заикание;
- — речь взахлеб.



ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ

В этом разделе психиатрии в соответствии с задачами настоящего учебного пособия акцент делается на критериях диагностики отдельных психических заболеваний.

При психических заболеваниях в силу патологической деятельности мозга нарушается регуляция адекватного поведения человека. Нозологический анализ показывает, что каждая болезнь имеет свою этиологию, патогенез, симптоматику, течение и исход.

Однако между психической нормой и болезнью располагаются также патологические состояния человека, которые не могут полностью соответствовать ни критериям нормы, ни понятиям болезни. К таким патологическим состояниям относятся, например, психопатии, врожденная умственная отсталость, задержки психического развития временного характера (нарушения психологического развития, нарушения формирования школьных навыков).



ПСИХОПАТИИ И АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА

Психопатии — это дисгармоничный склад личности, от которого, по мнению К. Шнайдера, в течение всей жизни страдает и сам человек, и окружающие его люди. Для диагностики психопатии важно помнить о трех клинических критериях этого патологического состояния, выделяемых П. Б. Ганнушкиным.

1. Тотальность дисгармонии личности, т. е. деформация всех структурных компонентов личности.
2. Необратимость психопатии, когда проявления личностной дисгармонии обнаруживаются с раннего детства и до глубокой старости, никогда не исчезая, но и не переходя в какую-либо иную болезненную клиническую форму.
3. Дезадаптация, проявляющаяся в отсутствии полностью адекватного поведения в любой жизненной ситуации. Резко выраженная дезадаптация приводит к тяжелым конфликтам с окружающими людьми, к краху личных планов, надежд и целей, к госпитализации в психиатрическую больницу, несмотря на то что психической болезни у человека нет.

В зависимости от этиологии психопатий и их клинических проявлений можно выделить 3 группы психопатий и психопатоподобных состояний.

1. Конституциональные («ядерные») психопатии.
2. «Органические» психопатии, или психопатоподобные изменения личности в силу органического поражения головного мозга.
3. Патохарактерологические развития личности.

Рассмотрим основные варианты психопатических личностей внутри каждой из выделенных групп.

Конституциональные, или «ядерные», психопатии

Причина их кроется в механизмах наследственной предрасположенности к определенному структурно-динамическому складу личности. Большинство психопатий этой группы начинают проявляться с раннего и дошкольного возраста. Выделим основные диагностические признаки данной группы психопатических личностей.

Гипертимные психопаты. Это люди, которые с раннего возраста обращают на себя внимание слегка приподнятым настроением. Они редко огорчаются, и если такое случается, то ненадолго. Обычно они энергичны, инициативны, предприимчивы. У них масса интересов, желаний, планов, которые существуют одновременно, внахлест, неупорядоченно и хаотично. Такие люди всегда оживлены, жесты их порывисты и стремительны, мимика быстрая и выразительная, речь напористая, часто с юмором, шутками, неожиданными оригинальными ассоциациями. Берясь за много дел одновременно, они, как правило, не доводят до конца большинство замыслов. Это не люди слова — им ничего не стоит нарушить обещание. В коллективе на первых порах они легко выходят в лидеры, но их сумбурная деятельность быстро дезорганизует жизнь коллектива. Общение с ними утомительно для окружающих несмотря на их остроумие, веселость и предприимчивость. Они гиперсексуальны и неразборчивы в контактах. Их увлечения и чувства не стойки и не глубоки. Как бы плохо ни становилось людям и им самим от их деятельности, они все равно не унывают, являясь неисправимыми оптимистами.

В дошкольном и младшем школьном возрасте в поведении этих людей преобладают беспечность,

шаловливость, непослушание, любовь к шумным, подвижным играм. В школе они учатся легко, без напряжения, быстро схватывая основное, но успеваемость их неровная. Эти дети нетерпеливы, непоседливы, любят заниматься в различных кружках, но до тех пор, пока не потребуется систематический и упорный труд. Во многих вопросах они дилетанты. В подростковом возрасте любят проводить время в больших, веселых компаниях, склонны к азартным играм, приключениям и риску. Из любопытства могут рано знакомиться с алкоголем, курением, наркотиками, сексуальной жизнью. Плохо переносят любые ограничения их свободы и инициативы, легко относятся к выбору профессий, друзей, возлюбленных и легко их меняют. Лучше всего они адаптируются в ситуациях, где необходимы многочисленные, быстро сменяющие друг друга и неглубокие контакты с людьми.

Гипотимные психопаты. Иначе таких людей называют конституционально депрессивными. Они с раннего возраста чаще всего пребывают в слегка сниженном настроении, поэтому много брюзжат, ворчат, высказывают критику и неудовольствие по любому поводу, омрачают любую радость и праздник окружающим людям. Они не умеют и не хотят радоваться и даже в какой-то мере боятся радости, так как считают, что, если сейчас им хорошо, в дальнейшем будет хуже. Это люди глубоких взглядов и интересов, но они безнадежные пессимисты в учебе, в работе, в семейной жизни. Они способны пошутить, но обычно это черный юмор. Нигде, ни в чем и ни в ком они не видят благополучной перспективы. Будущее всегда рисуется им в мрачных красках, о чем они не забывают даже в самые светлые мгновения своей жизни. Обычно они старательны, исполнительны, аккуратны. Дру-

зей имеют мало. В дружбе, вкусах и увлечениях отличаются постоянством. В школе учатся ровно, стабильно по всем предметам.

Эмоционально неустойчивые психопаты. С ранних лет такие личности обнаруживают беспричинные колебания настроения даже в течение одного дня. Их активность, желания, планы и интересы идут как бы вслед за настроением и столь же внезапно меняются. В дошкольном возрасте они то жизнерадостны и активны в играх, бурно предаются развлечениям, то без видимого повода уединяются, становятся печальны до слезливости, отказываются от игр и удовольствий. В школьные годы, особенно к пубертатному периоду, перемены настроения у них становятся отчетливее, и окружающие говорят о них как о людях настроения.

Хорошо относясь к людям и совместной деятельности, эти психопаты вступают в конфликтные отношения из-за собственной нестабильности и ненадежности. В периоды хорошего настроения они принимают решения и совершают поступки, в которых в период сниженного настроения раскаиваются, хотя объективно ничего дурного не совершили. В школе учатся неровно по одному и тому же предмету, так как то занимаются с желанием и усердием, то утрачивают интерес, не верят в собственные возможности и не видят смысла в занятиях. Резкие изменения в жизненных установках, интересах, оценках людей, непостоянство в любви и дружбе делают их «трудными» как в семье, так и в обществе.

Возбудимые психопаты. Обычно это люди с холерическим темпераментом, и их характер во многом соответствует особенностям такого темперамента. Они стремительны, порывисты, плохо переносят ситуации ожидания, легко проявляют гнев по малозначащим поводам, эти приступы непродол-

жительны и часто заканчиваются чувством вины, раскаяния, когда они просят прощения за свое поведение, обещают больше так не поступать, однако через некоторое время все повторяется.

В дошкольном и школьном возрасте такие дети крикливы, драчливы, шумны, но не злопамятны. В юношеские и зрелые годы импульсивность, несдержанность, гневливость порождают для этих людей трудности в общении с членами семьи и на работе. Из-за описанных качеств возбудимые психопаты трудны для окружающих и в роли подчиненных, и в роли начальника, причем обычно они отдают себе отчет в собственных опрометчивых действиях и прибегают в качестве самооправдания к сомнительной формуле: «Прости меня, но у меня такой характер».

Взрывчатые («эпилептоидные») психопаты. Как правило, эти люди неторопливы в движениях, мыслях и действиях. Они сдержанны, сохраняют невозмутимость во многих эмоционально насыщенных ситуациях, аккуратны, обстоятельны до мелочности и педантизма, любят порядок во всем и неукоснительно требовательны в этом отношении к другим и себе. Это люди жестких привычек, правил, шаблонов, умеренности во всем. Они устойчивы в дружбе, в привязанностях, в увлечениях, трудно привыкают ко всему новому, поэтому довольно консервативны.

В детские годы их медлительность приводит к опозданиям в детский сад, в школу, но аккуратность и исполнительность поощряются родителями, воспитателями и учителями. Однако у сверстников они не пользуются популярностью из-за отсутствия в их поведении оригинальности, экспромта, яркой фантазии. Занимаясь спортом, такие люди предпочитают тяжелую атлетику, где

нужна в большей степени сила, чем ловкость. Однако их невозмутимость в кризисных ситуациях сменяется сильным и продолжительным гневом с разрушительными, безудержными действиями, от которых могут страдать и невиновные люди. Они долго помнят нанесенную им обиду и отличаются мстительностью.

Психопаты со сверхценными идеями. Для них характерно то, что содержание сверхценных идей и направленность усилий на реализацию этих идей редко меняются в течение жизни. Содержанием моноидеи определяется название психопатии. Так, например, патологическими ревнивцами называют людей, которые в раннем детстве ревнуют свою мать к любому человеку, общающемуся с ней; в дальнейшем они ревностно относятся к друзьям и близким людям, к сотрудникам, мучая жертву непрерывными подозрениями, сами при этом невыносимо страдают и т. д.

Встречаются патологические изобретатели, или «параноики». В течение всей жизни они, презрев другие интересы, что-либо изобретают (вплоть до вечного двигателя), упорно и назойливо добиваясь в различных инстанциях признания их «открытия».

Разновидностью этой формы психопатии являются сутяги и кверулянты. Это люди, которые в детстве упорно ябедничают, а в дальнейшем за всеми подсматривают, подслушивают, пишут бесконечные жалобы и анонимки, судятся, причем необычайное вдохновение они черпают именно в атмосфере судебных заседаний, при зачитывании обвинений и определении наказаний.

Фанатики — это тоже люди с моноидеями, которые идут на все ради их воплощения, не считаются с жертвами, лишениями, руководствуясь принципом «все средства хороши для достижения цели».

Даже очень гуманных по замыслу целей они стремятся достичь самыми негуманными способами.

Так же трудны для окружающих и патологические правдолюбцы. Это люди, которые никому, никогда и ни в чем не прощают никакой неправды, не признают никаких компромиссов, поэтому они вступают в непреодолимые конфликты с близкими людьми, соучениками, друзьями и сотрудниками. Как все психопаты, они лишены гибкости, пластичности, поэтому не умеют бороться за правду, действуют без учета разных сторон межличностных отношений и, следовательно, терпят крах.

Астенические психопаты. С детства такие люди боятся препятствий в достижении целей. Им плохо дается преодоление любых трудностей, мобилизация усилий. Они считают себя хрупкими, болезненными и полагают, что если бы не это, то все в жизни у них получалось бы удачно. Обладая лишь теоретическими знаниями о чем-либо, они уверены, что владеют соответствующими навыками, и, будучи самолюбивыми, обижаются, если их критикуют за неудачно выполненное дело. Любые предстоящие в течение дня дела пугают их уже в момент утреннего пробуждения. Склонные к ипохондрическим высказываниям, эти люди объясняют нереализованные замыслы плохим самочувствием. Они лишены инициативы, творчества, избегают активных действий в быту, учебе и на работе. Для них проблема — приготовить обед, сделать дома уборку, даже для развлечений (пойти в гости, в театр и пр.) у них как бы не хватает сил. Чтение книги лежа в постели — это тоже утомительное для них занятие.

Всю жизнь такие люди являются нытиками, убежденными в собственной слабости, хрупкости, болезненности; в этом они уверяют окружающих, поэтому о них заботятся, их опекают, своей «сла-

бостью» они терроризируют родных и друзей. При этом все вокруг выполняют их бесконечные мелкие поручения, а они, давая ненужные указания, вмешиваются во все дела, путают, навязывая свою точку зрения, и невероятно устают от напряжения, считая, что все делают сами. Выматываясь таким образом на работе, они приходят домой с уверенностью, что сил для домашних дел не осталось, а приходя на работу, заявляют, что они так устали дома, что не знают, как смогут справиться с заданиями. Помощь окружающих они принимают как должное и без особой благодарности.

Психопаты-психастеники. Самым трудным в жизни для таких людей является процесс принятия решений. Они постоянно сомневаются в выборе целей и средств для их достижения. Часто они деликатны, робки и застенчивы. Перипетии жизни переживают в умственном плане, без конца предаваясь самоанализу и самокопанию.

Среди них есть люди с выраженными тревожно-мнительными чертами характера. Они всегда опасаются за свое здоровье и за здоровье своих близких, доводя рассуждения на эту тему до полной катастрофы, хотя исходная ситуация не давала для этого объективно никаких оснований. Любое возможное неблагополучие подталкивает их воображение к мыслям о смерти.

Некоторые психастенические личности могут обладать обостренным самолюбием. Их называют «люди-мимозы». Они легко декомпенсируются, если их оскорбляют, ущемляют их «я», плохо о них отзываются. При этом они длительно переживают «людскую несправедливость» и ни о чем другом думать не могут.

Истеродные психопаты. Одним из центральных свойств личности истероидных психопатов являет-

ся эгоцентризм и стремление любой ценой оказаться в центре внимания окружающих. Внешне это обычно миниатюрные, изящные, привлекательные люди с выразительной мимикой и жестами, пластичные и артистичные. Чаще это люди женского пола. Находясь в любом коллективе, они стремятся к лидерству, причем, в зависимости от интересов группы, они как бы играют ту или иную роль, поэтому находятся в среде при спорте, при искусстве, при науке, причем именно «при», так как реальные успехи их могут мало волновать, ибо для них важнее казаться кем-то, чем быть на самом деле. Им необходима атмосфера обожания, восхищения, поклонения либо даже ненависти, только не равнодушия окружающих. Им свойственна некоторая гротескность и театральность поведения, но нередко они не лишены тонкого вкуса. Это люди достаточно точно интуитивно оценивают отношение к себе окружающих, поэтому, быстро и правильно угадывая расположение или нерасположение к себе людей, они немедленно начинают манипулировать окружающими в своих интересах. В то же время они неглубоки в суждениях, взглядах, не любят систематических занятий, являясь во всем дилетантами, но в нужный момент неплохо оперируют имеющимися в их распоряжении знаниями.

Среди них встречаются патологические лгуны, которые всю жизнь обманывают окружающих, причем достаточно бескорыстно, ради самого процесса обмана и наблюдения за его последствиями, что доставляет им наслаждение. Их называют псевдологами.

Но среди них встречаются лгуны, которые сами начинают верить в собственную ложь и жить этой вымышленной жизнью, подменяя реальность. Таких людей называют фантастами.

Шизоидные психопаты. С раннего возраста они обращают на себя внимание проявлением эмоциональной черствости, необщительностью, живут в мире абстрактных, не по возрасту сложных проблем. Обычно у них несколько запаздывает развитие навыков самообслуживания, и в течение жизни люди такого типа отличаются неловкостью мелкой моторики, невниманием к своей внешности, к вопросам быта. Как правило, они обладают широкой эрудицией и глубокими знаниями в отдельных областях. Они предпочитают одиночество, чтобы без помех заниматься анализом своих сложных интересов, фантазий и представлений. Обычно эти люди не испытывают потребности в сопереживании, в дружеской и любовной привязанности. Рациональное начало определяет всю их жизнь. Нередко их увлечения кажутся окружающим людям необычными и странными, а поступки — неожиданными, поэтому их называют чудаками, странными, людьми «не от мира сего». Часть из них рефлексирует по поводу своей «необычности» и переживает ее, другая же часть не тяготится особенностями своей натуры и следствием этого — одиночеством.

«Органические» психопатии

Эта группа психопатий представлена психопатоподобными изменениями личности вследствие органического поражения головного мозга; если повреждение мозга произошло внутриутробно или в первые годы жизни, то формируются психопатические черты личности.

Чаще всего в этой группе наблюдается два варианта психопатических личностей.

Бестормозные, или неустойчивые, психопаты. Этим людям свойственно прежде всего стремление

к удовольствиям, которые можно получить без особых усилий. У них наблюдается жажда сенсорных впечатлений при отсутствии анализа воспринимаемых явлений. Они быстро и легко примыкают к группам людей, которые праздно проводят время. Труд они не любят, систематических занятий не выносят. В школе такие дети учатся плохо и бессистемно, часто сбегая с уроков. Устойчивых интересов и привязанностей у них не формируется. Их интеллектуальное развитие обычно остается на уровне низкой нормы или легкой умственной отсталости.

Нередко уже в подростковом возрасте, манкируя учебой, они примыкают к подросткам, потребляющим алкоголь и наркотики. В группах подростков с асоциальным поведением рано начинают беспорядочную половую жизнь. Будучи раздражительными и драчливыми, они в то же время отходчивы и незлопамятны. Эти люди постоянно нуждаются в неослабном контроле со стороны окружающих, так как, выйдя из-под контроля, они «пускаются во все тяжкие», легко совершая мелкие правонарушения.

Возбудимые психопаты. В прошлом таких людей называли «социопатами», «врагами общества», «людьми влечений». С дошкольного возраста они обращают на себя внимание угрюмо-мрачным настроением и напряженно-злобной аффективностью. Им свойственны дисфорические состояния, расстройства влечений в виде пиромании, дромомании, клептомании. Друзей у них обычно нет, есть только «враги». Роль инстинктов в их жизни усилена. Будучи голодными, они отбирают еду у других детей, а при сопротивлении жестоко, часто садистски избивают их. В драках люди такого типа безудержны и без разбора могут нападать на любого, кто оказывается рядом. Формы их сексуаль-

ного поведения уже с самого начала часто принимают садистический характер. Рано начинающаяся алкоголизация носит крайне неблагоприятную динамику. Они предпочитают пить в одиночестве, а в состоянии опьянения становятся еще более агрессивными. Их интеллектуальные возможности чаще всего находятся на уровне низкой нормы или легкой дебильности.

Помимо выделения диагностически значимых свойств психопатических личностей, описанных выше, диагностике может помочь ряд психологических методов обследования: опросник ММРУ, подростковый диагностический опросник (ПДО), опросник Кеттелла, опросник Айзенка, метод Роршаха, тест Розенцвейга, тематический апперцептивный тест (ТАТ) и др.

Патохарактерологические развития личности

Эту группу составляют личности, которых лишь условно можно отнести к психопатическому кругу, к так называемым «краевым» формам.

При длительном воздействии неблагоприятных микросоциальных условий (неправильное воспитание в семье, в интернате и пр.) могут формироваться гротескно утрированные, дисгармоничные свойства характера и личности в целом. Наиболее часто встречаются следующие варианты патохарактерологического развития личности.

Развитие ребенка в условиях воспитания по типу «кумира семьи». Все родственники ребенка с раннего возраста неуемно и бурно восторгаются им: их умиляет, как он двигается, говорит, носит одежду, овладевает различными навыками. Все, что бы ни делал малыш, оценивается окружающими

как исключительное и прекрасное явление. В таких условиях ребенок привыкает быть постоянно в центре внимания и вызывать восхищение уже самим фактом своего существования, своими реальными и мнимыми успехами. Родственники с готовностью выполняют любое желание и каждый каприз своего любимца. То, чего другой ребенок добивается упорным трудом, этот может получить за милую улыбку «нужному человеку». В таких обстоятельствах почти неизбежно формируются эгоцентризм и капризность, стремление к подчинению себе окружающих, нежелание считаться с чужими интересами, высокомерие, жажда открытого признания своих достоинств окружающими людьми. Нередко подобного рода воспитание наблюдается в семьях, где есть поздний, красивый или высокоодаренный ребенок. Если с возрастом ситуация изменится и способность к самокритике, самоконтролю и самовоспитанию окажется достаточно развитой, то может произойти постепенная коррекция утрированных черт характера, и тогда человек станет в достаточной степени гармоничным и адекватным во взаимоотношениях с людьми.

Развитие ребенка в условиях воспитания по типу «золушки». Такое воспитание можно назвать деспотичным. За любую шалость, проступок, за нежелательное для родителей намерение ребенка следует неправомерно тяжелое и жестокое наказание. Дети никогда не встречают в семье эмоциональной поддержки, поощрения за любые свои успехи. Все их дела и достижения расцениваются в семье как само собой разумеющиеся, и более того — детям постоянно напоминают, что от них ждут гораздо большего. Часто такое поведение проявляется по отношению к эмоционально отверженным, нежелательным детям либо детям «запланирован-

ным», от которых ожидают только радости и удовольствия, поэтому родители находятся как бы в постоянной претензии к ребенку за то, что он не оправдывает их ожиданий.

У этих детей могут формироваться такие черты характера, как изворотливость, лживость, двуличность, лицемерие, завистливость, замкнутость, склонность к патологическому фантазированию, недоверчивость и жестокость. При неблагоприятном стечении обстоятельств подобного рода черты характера становятся малообратимыми, в связи с чем личностная дисгармония может стать устойчивой во времени и приводящей к дезадаптации, как это бывает при «ядерных» формах психопатий.

Развитие ребенка в условиях гиперопеки. Гиперопека может проявляться в чрезмерном стремлении родителей оградить ребенка от любых возможных опасностей и неприятностей, из-за чего родители постоянно сопровождают его, вмешиваются в его дела, терзая бесконечными назойливыми советами, предостережениями и запретами. В таких оранжерейных условиях у детей не формируется инициативность, способность к предвосхищению событий, преодолению препятствий, сопротивлению и борьбе с опасностями.

С другой стороны, гиперопека может сопровождаться резким подавлением у ребенка его собственных желаний, побуждений, навязыванием ему родительских установок, взглядов и привычек по принципу: «Ты еще мал, жизни не знаешь, горя не хлебнул, а мы знаем жизнь, мы старше и опытнее, поэтому не перечь, делай как тебе говорят».

И в том и в другом случае ребенок вырастает безвольным, безынициативным, способным лишь следовать за лидером, не имея сил и возможностей самостоятельно и критически решать актуаль-

ные для него задачи и утопая в вечных сомнениях и недовольстве собой по этому поводу.

Развитие ребенка в условиях гипоопеки. Если ребенок, живя в семье, оказывается в ситуации безнадзорности, то он привыкает добиваться «места под солнцем» собственными силами.

Мир взрослых оказывается для него чуждым. Он отвергает их нормы поведения, их ценности, запреты, поэтому нередко примыкает к группе асоциальных подростков, которые его опекают и учат жить по законам своей этики. Там он находит «тепло» и «заботу», которых так недоставало в семье. Отсюда вытекают особенности деформации характера ребенка: отрицание социально положительных авторитетов, неподчинение режимным ограничениям, необузданное стремление к свободе от любых форм упорядоченной учебы, труда, нормативов общественно необходимого поведения.

Развитие ребенка в условиях непоследовательного и противоречивого воспитания. Нередко ребенок оказывается в ситуации, когда каждый из членов семьи убежден, что только он способен «правильно» воспитать ребенка и обеспечить ему будущее в соответствии с собственными представлениями. Дети вынуждены приспосабливаться к требованиям каждого и пытаться соответствовать их ожиданиям, что приводит к отсутствию стержневых личностных установок, к приспособленчеству, своеобразной мимикрии, так как в противном случае ребенок будет выслушивать порицания, подвергаться прессингу и даже наказаниям со стороны членов семьи, установки которых ребенок не реализует. Нечто аналогичное может происходить и тогда, когда родители не знают, как целесообразно воспитывать ребенка, поэтому хаотично меняют свои установки и оценки поведения ребенка, за одни и те же действия то порицая его, то поощряя.

Акцентуированные личности

Между психической нормой и психопатическими личностями находится еще одна группа людей со своеобразно деформированными свойствами характера — акцентуированные личности. Это, как считает К. Леонгард, крайний вариант нормы, или, по мнению А. Е. Личко, промежуточный вариант между нормой и патологией в виде психопатии. Такие люди обладают утрированными, обостренными чертами характера, но, в отличие от психопатических личностей, у них эти особенности не приводят к глобальной дисгармонии личности, к постоянной дезадаптации и не являются необратимыми. Лишь при определенных обстоятельствах жизни, провоцирующих актуализацию обостренных черт характера, наступает дезадаптация акцентуированной личности. Например, человек со скрытыми тревожно-мнительными чертами характера может не обнаруживать их до тех пор, пока не окажется в ситуации повышенной ответственности за свои действия.

К. Леонгард выделяет следующие разновидности акцентуированных личностей.

Демонстративные личности. Они легко вживаются в необходимые для них жизненные роли, ничего не взвешивая и реагируя импульсивно и непосредственно на любые обстоятельства. Они самонадеянны, хвастливы, честолюбивы и кичливы.

Педантичные личности. Это нерешительные люди, бесконечно взвешивающие возможные решения, перед тем как начать действовать. Они старательно, тщательно и добросовестно выполняют все свои обязанности. Аффекты их кратковременны и нестойки.

Застревающие личности. Они злопамятны, мстительны, подвержены стойким затяжным аф-

фектам, заносчивы, самонадеянны и крайне честолюбивы. Подозрительно относятся к окружающим, если возникают препятствия в достижении целей.

Возбудимые личности. Их поступки зачастую в большей степени управляются влечениями, чем благоразумием и логикой. Они нетерпимы к противостоянию, импульсивны, обстоятельны и медлительны в умственных действиях и в поведенческих реакциях.

Кроме того, выделены акцентуации по определенным свойствам темперамента — гипертимические, дистимические, аффективно-лабильные, аффективно-экзальтированные, тревожные и эмотивные.

А. Е. Личко предпочитает называть акцентуации характера, сохраняя элементы определений психопатий: гипертимные, циклоидные, эмоционально лабильные, астено-невротические, сенситивные, психастенические, шизоидные, эпилептоидные, истероидные, неустойчивые и конформные.

Семьи детей и подростков с акцентуациями характера в большинстве своем неблагополучны (деструктивные, распавшиеся). Тип воспитания негармоничен (безнадзорность, гиперопека, эмоциональное отвержение).

Помимо описанных выше признаков патохарактерологических типов развития личности и акцентуаций характера, помощь в их диагностике оказывает ряд психологических методов обследования: методики «несуществующее животное», «автопортрет», аутоидентификация акцентуаций характера, ПДО, ММРУ, тест-опросник Шмишека, опросник Айзенка, метод Розенцвейга, кинетический рисунок семьи, шкала родительских ожиданий и др.

ВРОЖДЕННАЯ УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ И ПОГРАНИЧНЫЕ С НЕЮ СОСТОЯНИЯ

Вопросы диагностики отставания в психическом развитии детей встают перед психологами, работающими не только непосредственно с детьми-олигофренами, но и с другими категориями детей с аномалиями развития (дети с дефектами зрения, слуха, речи, дети с церебральными параличами, с нарушениями поведения, с расстройствами адаптации и обучения в школе). Отграничение врожденной умственной отсталости от сходных с нею состояний нередко оказывается высокозначимо для судьбы ребенка, определяя стратегию и тактику лечебно-коррекционных мероприятий, выбор типа детского сада, школы, санатория, подбор спектра профессиональных возможностей.

Под врожденной умственной отсталостью понимается группа различных по причинам и механизмам действия нарушений функций головного мозга, возникающих на ранних этапах онтогенеза, следствием чего является общее психическое недоразвитие. Это значит, что факторы, делающие развитие и деятельность мозга неполноценными, действуют на генном, на внутриутробном этапе онтогенеза, во время родов или на первом году жизни ребенка, пока у него не сформировалась структурно-функциональная композиция интеллекта. Поскольку факторы, повреждающие мозг ребенка, действуют на ранних этапах жизни, а в дальнейшем человек живет, развивая и используя «сохранившиеся» возможности психической деятельности, то к понятию «врожденная умственная отсталость» неприменимы критерии болезни — нет ни прогрессирования слабоумия, ни его уменьшения или исчезновения с течением вре-

мени. Человек живет и с помощью лечебно-коррекционных мероприятий оптимально приспосабливается к жизненным обстоятельствам в соответствии с собственными возможностями.

Отставание в темпе и характере психомоторного развития ребенка обнаруживается уже на первом году жизни, причем чем сложнее психическая функция, тем на больший интервал времени запаздывает момент ее формирования (по сравнению с нормой) и тем больше она будет качественно отличаться от ее характеристик у здорового ребенка.

Глубина психического недоразвития находится в зависимости от тяжести поражения структуры и функций мозга. Выделяют легкую (*дебильность*), среднюю (*имбецильность*) и тяжелую (*идиотия*) степени умственной отсталости.

При легкой степени умственной отсталости дети отстают от сверстников в темпе психомоторного развития с первого года жизни. Они на 2–4 месяца позднее начинают держать голову, переворачиваться, схватывать, удерживать и манипулировать погремушками, садиться, ползать, стоять и ходить. У них запаздывает появление гуления, лепета; слова они часто начинают произносить в 1,5–2 года, а фразы — в 2,5–3 года. Активный словарный запас накапливается медленно. Манипулятивные игры, игры в песочнице продолжаются до 4–6 лет, после чего начинается период сюжетно-ролевых, несложных по содержанию игр (продолжающийся до 12–15 лет). Способность к абстрактному мышлению развивается недостаточно. Эмоции их дифференцированы, но тонкие человеческие чувства (сопереживание, чувство такта) развиваются мало. Дети отличаются упрямством, бывают негативистичны. В то же время они повышенно внушаемы.

Такие дети обучаются во вспомогательных школах, где, помимо навыков чтения, письма, счета, приобретают знания общественно-исторического характера, сведения по географии, естествознанию и обучаются простейшим трудовым профессиям. Они способны в достаточной мере адаптироваться к жизни в обществе, могут существовать самостоятельно, работать, иметь семьи и т. п. При психологическом обследовании их IQ колеблется от 0,5 до 0,75.

При средней степени умственной отсталости повреждение мозга чаще происходит либо по наследственным механизмам, либо в первые месяцы беременности. Психическое недоразвитие часто сопровождается пороками развития частей тела и внутренних органов, параличами, парезами, поражениями функций зрения, слуха, речи. Такие дети резко отстают в темпе и характере психического развития; несмотря на наличие речи (при небольшом словарном запасе), мышление их носит преимущественно конкретный характер. Глубина психического недоразвития не дает возможности детям обучаться в специальной школе. Они живут в семье или в доме инвалидов, индивидуально обучаясь простейшим навыкам самообслуживания, общения, выполнению действий по уборке помещения, оказанию элементарной помощи слабым больным, приобретают навыки поведения в магазинах, аптеках, транспорте, на почте и т. п., иногда овладевая начальными элементами грамоты. Их IQ колеблется от 0,3 до 0,5.

При тяжелой умственной отсталости повреждающие мозг факторы тоже действуют обычно на ранних этапах беременности, что приводит к выраженным порокам развития разных систем организма, к тяжелым расстройствам обмена веществ.

Психическая адекватная регуляция поведения у детей почти не развивается. Многие из них обречены на неподвижный образ жизни из-за тяжелых параличей. У большинства если и появляется со временем небольшой запас слов, то пользуются им дети чаще всего неадекватно. Благодаря огромным усилиям персонала домов инвалидов за долгие годы часть детей овладевает элементарными навыками самообслуживания. Простейшие эмоции таких детей нередко не соответствуют обстоятельствам. Инстинктивные формы поведения зачастую искажены и извращены, например, они проглатывают несъедобные предметы, проявляют немотивированную агрессивность к окружающим или занимаются самоистязанием. Нередко такие дети, наоборот, совершенно безучастны к происходящему и не проявляют никакой целенаправленной активности.

Форма врожденной умственной отсталости определяется по этиологическому и патогенетическому принципу, то есть в зависимости от характера вредоносного фактора, действующего на мозг ребенка. Таким образом, выделяют наследственно обусловленные варианты, формы умственной отсталости, вызванные повреждением хромосом половых клеток родителей, внутриутробным воздействием радиации, отравляющих веществ, вирусов, бактерий, расстройством обмена веществ из-за ферментативной и эндокринной недостаточности, умственную отсталость вследствие родовых травм и постнатальных мозговых повреждений и т. п. Поэтому при диагностике врожденной умственной отсталости необходимо учитывать данные соматического, неврологического, лабораторных клинических методов исследования, рентгенографии черепа, томографии, электроэнцефалографии и пр.

Из сказанного выше вытекает высокая значимость для диагностики врожденной умственной отсталости семейного и личного анамнеза ребенка, так как он содержит информацию о жизни, уровне образованности, адаптированности к социальным условиям родственников ребенка и стиле его воспитания, об особенностях протекания беременности и родов, о темпе и характере раннего психомоторного развития. Знакомство с характеристиками, полученными от воспитателей яслей и детских садов, позволяет судить об общительности малыша, умении совместно с другими детьми заниматься играми, учебной деятельностью, об особенностях его поведения, обучаемости и интересах.

Непосредственное обследование ребенка психологом начинается с беседы с ним. Стиль беседы должен способствовать установлению оптимального контакта с малышом, а содержание — выявлению знаний маленького пациента о своей семье, о бытовых вопросах, о сведениях общественно-исторического характера, о любимых играх, книгах, телепередачах. При этом у психолога есть возможность регистрировать его контактность, эмоциональность, мимику, жесты, способность к концентрации внимания, умение слушать, отвечать на вопросы и поддерживать диалог.

Экспериментально-психологическое исследование ребенка проводится с помощью методик, направленных на выявление состояния как отдельных психических процессов, так и интеллектуальной деятельности в целом.

Уровень зрительного предметного восприятия определяется по способности ребенка узнавать, дифференцировать и указывать реальные предметы окружающей обстановки, находить их на фотогра-

фиях и реалистичных рисунках, на изображениях предметов, данных контуром, пунктиром, в перевернутом, зачеркнутом и наложенном друг на друга виде. Проверяется возможность узнавания, дифференцирования и называния ребенком цветов и основных геометрических форм.

Уровень слухового восприятия маленького пациента оценивается по его способности различать, квалифицировать и дифференцировать разнообразные речевые и неречевые звуки.

Уровень тактильно-кинестетического восприятия оценивается по способности малыша узнавать предметы на ощупь, узнавать изображения простейших геометрических фигур, вычерчиваемых тонким предметом на коже тыльной части кисти руки или предплечья ребенка. Проверяется способность узнавать и называть без зрительного контроля пальцы своих рук, которые приводит в движение психолог.

Состояние произвольного внимания проверяется путем учета количества ошибок, допускаемых малышом в процессе выполнения корректурных проб разных модификаций, что позволяет оценить объем внимания, способность к его концентрации и переключаемости, выявить повышенную истощаемость произвольного внимания. Этим же целям служат пробы на нахождение различий в деталях на двух похожих картинках или обнаружение отсутствующей детали на картинке. Для детей, владеющих счетом до 100, можно воспользоваться цифровой таблицей Шульте.

Состояние памяти ребенка чаще всего исследуется в двух модальностях: зрительной и слуховой (малышу предъявляются слова и картинки предметного содержания). Изучается объем кратковременной памяти, скорость запоминания информа-

ции, длительность удержания информации в памяти, способность к воспроизведению полученной информации в нужный момент времени. Исследуется ассоциативная память (с заданным и произвольно выбираемым для ассоциации материалом, с помощью пиктограмм).

Несформированность навыков анализа пространственных отношений и конструктивного праксиса наблюдается при многих формах врожденной умственной отсталости, но особенно резко она очерчена при астенической форме общего психического недоразвития или у детей с повреждением теменных долей мозга. У ребенка исследуется способность к ориентировке в сторонах тела, в определении координат в реальном пространстве, на фотографиях и рисунках; проверяется точность выполнения проб Хеда. Выясняется степень понимания фраз с предложными конструкциями и флективными беспредложными оборотами речи. Изучается способность ребенка конструировать и реконструировать фигуры из деталей по контурным и детальным образцам; с этой целью удобно пользоваться разрезными картинками, кубиками Кооса, кубом Линка.

Зрительно-моторная координация проверяется при выполнении заданий на прохождение лабиринтов, на нахождение нужной фигурной извилистой линии, соединяющей на рисунке два предмета.

Представления о форме и величине предметов и соотношении деталей исследуются в пробах по типу доски Сегена и отражаются в рисунках детей (чаще всего их просят нарисовать дом, дерево и человека).

Способности к последовательным действиям (сукцессивные ряды) исследуются у ребенка в зрительной, слуховой, речевой и моторной модально-

стях. Малыша просят повторить заданную последовательность движений пальцами руки, кистью, выполнить графические пробы на чередование элементов. Проверяются навыки различения и воспроизведения ребенком ритмов, привычных речевых рядов, стихотворений, запоминания последовательности предъявляемых ему слов и картинок. Особенно сильно проявляются нарушения процессов «рядообразования» у детей с астенической формой умственной отсталости и с повреждением лобных долей головного мозга.

Особое внимание при обследовании ребенка с отставанием в психическом развитии уделяется состоянию его мыслительных операций, так как их несформированность, особенно абстрактно-логических преобразований, занимает ведущее место в структуре общего психического недоразвития.

Навыки классификации и группировки изучаются путем составления ребенком однородных групп из предложенных наборов разнородного материала (в зрительном и слуховом стимульном материале) или в заданиях на исключение «четвертого лишнего». Дети с умственной отсталостью затрудняются правильно выполнить задания. Задания на сравнение предметов и явлений позволяют исследовать способность ребенка, опираясь на существенные признаки, находить различия и сходства в сравниваемом материале. Обычно умственно отсталые дети не выделяют существенных признаков, опираясь на второстепенные.

Недостаточная способность умственно отсталого ребенка к осуществлению логических операций обнаруживается при выполнении им заданий на нахождение аналогий, на вскрытие закономерностей в прогрессивных матрицах Дж. Равена, при анализе событий в сериях сюжетных картинок.

Дети испытывают трудности в понимании скрытого смысла сказок, басен, метафор, пословиц и поговорок.

В диагностической работе психолога с детьми, страдающими врожденной умственной отсталостью, используются психометрические способы оценки интеллектуальных возможностей (шкалы Д. Векслера, Стенфорд—Бине и др.)

Сочетание количественных и качественных методов изучения психической деятельности ребенка дает возможность психологу достаточно детально и обоснованно выносить суждение о его умственных возможностях в данное время и в заданных условиях, что в сочетании с анамнестическими сведениями и данными клинического обследования позволяет диагностировать врожденную умственную отсталость конкретной формы, определенной степени и решать проблемы обучаемости ребенка, определять его жизненные перспективы.

Однако подобная тактика обследования детей позволяет диагностировать не только умственную отсталость, но и пограничные с ней состояния. Такие варианты отставания детей в психическом развитии, при которых нет оснований считать их необратимыми (по типу общего психического недоразвития), а, наоборот, можно считать временными, но которые вызывают в первую очередь трудности обучения в начальных классах школы, объединяются диагнозом «задержка психического развития» (ЗПР). Этот диагноз в значительной степени условный, этапный и объединяет в себе различные клинические состояния отклонений в психическом развитии ребенка. В дальнейшем при проведении лечебно-коррекционных мероприятий он либо снимается, так как ребенок переходит

в категорию психической нормы, либо трансформируется в какую-либо отчетливую нозологическую форму.

По этиологическому принципу задержки психического развития можно подразделить на конституциональные, церебрально-органические, соматогенные и психогенные. Но нужно иметь в виду, что причины и механизмы формирования ЗПР часто носят смешанный характер, а форм их синдромологического проявления может быть достаточно много. Рассмотрим признаки наиболее часто встречающихся вариантов ЗПР.

Задержка психического развития с церебрастеническим синдромом

Среди возможных причин, приводящих к данной патологии, обнаруживаются негрубые нарушения течения беременности и родов, частые или тяжелые истощающие заболевания и черепно-мозговые травмы в первые годы жизни ребенка. Нередко, помимо вредных биологических воздействий, выявляются неблагоприятные внутрисемейные отношения (конфликтующие, распадающиеся и распавшиеся семьи, родители-алкоголики, безнадзорность или эмоциональная отверженность ребенка). Темп и характер раннего психомоторного развития этих детей обычно заметно не нарушен, но нередко регистрируется более позднее формирование фразовой речи (в 2,5–3 года). В дошкольном возрасте они излишне раздражительны, обидчивы, конфликтны. В детском саду они избегают подготовительных занятий к школе, предпочитая подвижные, малосодержательные игры, не запоминают стихотворений, песен. В школу приходят, не владея начальными элементами грамоты.

Учителя начальных классов отмечают, что такие дети с первых этапов обучения обнаруживают свою несостоятельность в овладении навыками чтения, письма и счета. На уроках они концентрируют внимание на 10–15 минут, после чего, утомляясь, становятся либо вялыми, сонливыми, рассеянными, либо суетливыми, капризными, раздражительными, часто отвлекаются. Их работоспособность колеблется в течение дня, но резко падает на последних уроках, при этом дети жалуются на слабость, головокружение, головные боли, отказываются от продолжения занятий. Дополнительные занятия с ними после уроков, как и стремление родителей дома заставить детей выполнять задания до позднего вечера к успеху не приводят. Наоборот, малыши, глубоко переживая свою несостоятельность, постепенно проникаются ненавистью к школе, учителям, учебникам, начинают убегать с уроков, а затем, из-за систематических наказаний дома «за лень», убегают и из дома, проводя свободное время на улице среди ребят с асоциальным поведением.

Соматическое обследование детей обычно не выявляет существенной патологии. Неврологическое исследование обнаруживает признаки дисфункции вегетативной нервной системы и иногда рассеянную микросимптоматику очагового характера. С помощью электроэнцефалограммы у детей обнаруживаются диффузные изменения биоэлектрической активности, дисфункция срединных структур головного мозга и отдельные негрубые локальные изменения в разных отделах коры головного мозга.

Психологическое и психопатологическое исследование малышей выявляет у них выраженные черты церебрастенического синдрома. Ребята от-

личаются быстрой истощаемостью произвольного внимания, утомляемостью и неспособностью к длительному психическому напряжению.

У таких детей обнаруживаются тонкие нарушения восприятия — элементы пальцевой агнозии и расстройства дермолексии, затруднения в дифференцировании некоторых акустически близких речевых звуков, иногда выявляются затруднения при узнавании заштрихованных и деформированных контурных предметных изображений.

Как правило, у малышей отмечается снижение объема зрительной и слуховой памяти, уменьшение скорости запоминания информации, иногда встречаются явления амнезии слов при назывании предметов и в потоке спонтанной речи.

Обследование выявляет недоразвитие у детей навыков анализа пространственных отношений и конструктивного мышления. Наблюдается ослабление топографической памяти. Выявляются трудности в понимании предложных и флективных оборотов речи.

Дети данной категории обнаруживают признаки нарушения процессов «рядообразования». Им трудно дается запоминание нужной последовательности движений, действий, графических изображений, ритмического рисунка. Они плохо запоминают и называют времена года, дни недели, месяцы. С большим трудом заучивают даже короткие четверостишия.

В то же время способность к отвлеченному мышлению у этих детей развита относительно неплохо. Они точно ориентируются в бытовых ситуациях, правильно оценивают человеческие отношения, улавливают шутку, юмор, скрытый

подтекст, понимают мораль сказок и басен. Проводя при психологическом исследовании операции классификации и группировки, сравнения предметов и явлений, такие дети нередко нуждаются в помощи, которую удачно используют.

Степень усвоения элементарных школьных навыков при логопедическом обследовании оценивается как дислексия, дисграфия и дискалькулия полиморфного характера, так как высшие психические функции, лежащие в основе овладения школьными навыками, у этих детей отстают в развитии.

Дети с психофизическим инфантилизмом

Выделяют три варианта задержки психического развития по типу психофизического инфантилизма.

Гармонический психофизический инфантилизм. Причинами этой формы отставания в развитии являются наследственные факторы и истощающие заболевания периода раннего детства.

В дошкольном возрасте такие дети обычно не вызывают беспокойства у родителей и воспитателей детских садов. Они общительны, доброжелательны, приветливы, отличаются непосредственными, яркими и выразительными эмоциями. В играх со сверстниками дети достаточно активны и инициативны. Охотно общаются с более старшими ребятами и со взрослыми, так как любят ласку, покровительство, заботу и внимание со стороны окружающих. Обладая, как правило, достаточной миловидностью, привлекательностью, они пользуются расположением и детей и взрослых. Однако в школе такие ре-

бята отстают в учебе, так как школьную ситуацию всерьез не воспринимают, обращая все в игру.

Клиническое и психологическое обследование показывает, что по своим физическим показателям такие дети отстают от ровесников на 2–3 года. У них хрупкое телосложение, пропорции тела как у дошкольников. Движения их плавны и изящны, мимика яркая, выразительная, неустойчивая. Речь правильно оформлена, достаточный словарный запас, нередко с включением словесных штампов взрослого человека. Они наивны и непосредственны в своих суждениях и поступках. Психологически такие ребята не способны воспринимать и выполнять школьные требования в силу эмоционально-волевой незрелости. Обучаясь в классе, продолжают жить и руководствоваться, как дошкольники, игровыми интересами, обращая в игру любую школьную ситуацию. Во время урока они могут подойти к учительнице и приласкаться, как к близкому человеку, использовать учебные принадлежности как игрушки. На замечания учителя либо не обращают внимания, либо обижаются. Существенных нарушений внимания, гнозиса, памяти у этих детей не наблюдается. Они проявляют яркое воображение и фантазию, точно и быстро ориентируются в бытовых ситуациях. Способность к отвлеченному мышлению у них обычно развита достаточно.

Учитывая сказанное, целесообразно вернуть таких детей обратно в детский сад, где они «дозреют» до понимания школьной ситуации и умения подчинять свои желания и действия планируемым режимным моментам.

Дисгармонический психофизический инфантилизм. Синдром психофизического инфантилизма

может встречаться у детей с негрубыми повреждениями головного мозга на ранних стадиях развития. В клинической картине у таких детей, кроме отставания в физическом развитии (хотя это наблюдается лишь у части из них) и замедления личностного созревания, наблюдаются черты церебрастенического синдрома. Дети плохо переносят длительное интеллектуальное напряжение, обнаруживая при утомлении либо повышенную переключаемость внимания, либо его патологическую инертность. Объем их кратковременной памяти и способность к длительному удержанию информации в памяти снижены. У них недоразвиты способности к анализу пространственных отношений, конструктивному праксису, операциям последовательных действий разного уровня сложности. С операциями классификации, сравнения, анализа переносного смысла сказок, басен, метафор такие дети справляются, как правило, с трудом и лишь с помощью взрослых. Логопедическое обследование выявляет у них наличие дислексии, дисграфии и дискалькулии. Черты детской непосредственности, наивности в суждениях и поступках сочетаются с аффективной неустойчивостью, конфликтностью, драчливостью. Они эгоистичны, жадны, лишены самокритичности, почти не имеют друзей. Динамика их развития и обучения не так благоприятна, как при гармоническом психофизическом инфантилизме.

Психофизический инфантилизм при эндокринной недостаточности. Такие дети отстают в темпе физического развития и отличаются диспластичностью телосложения. Движения их часто неловки и неуклюжи, нарушена четкая координированность и последовательность движений. Несмотря на насмешки ровесников по этому поводу, такие дети

стремятся к общению, принимают участие в общих мероприятиях, переживая в глубине души свою «неполноценность». Они отличаются повышенной внушаемостью, привязаны к близким людям, робки, пугливы, склонны к ворчливости, хвастливости, резонерству. Им свойственно медленное включение в работу, повышенная отвлекаемость, отсутствие инициативы, гибкости и яркости воображения. Темп психической деятельности замедлен. Все эти особенности могут служить источником затруднений при обучении в школе. Дети плохо оценивают межличностные отношения, не всегда понимают и медленно реагируют на шутки. В то же время, используя словесные штампы взрослых, склонны к нравоучениям, что выявляет своеобразную наивность их суждений, отличную от непосредственности реакций детей с гармоничным психофизическим инфантилизмом.

Задержка психического развития с невропатоподобным синдромом

Легкая органическая недостаточность мозга, возникшая на ранних этапах онтогенеза, может приводить к задержке развития некоторых высших психический функций на фоне симптоматики, напоминающей невропатию («врожденную детскую нервность»). Темп раннего психомоторного развития этих детей обычно в пределах нормы, но с грудного возраста в поведении малышей наблюдается ряд особенностей: они крикливы, капризны, чрезмерно подвижны и впечатлительны. При легких нарушениях режима у них легко возникают соматовегетативные нарушения в виде срыгивания, рвоты, отказа от пищи, извращения формулы сна, чуткого прерывистого сна, ночного

недержания мочи, ночных страхов и т. п. В яслях и детских садах отмечается их эмоциональная неустойчивость, повышенная впечатлительность, обидчивость и плаксивость. В конфликтных ситуациях легко возникают разнообразные невротические реакции. При интеллектуальном напряжении такие дети обнаруживают быструю истощаемость произвольного внимания. Чрезмерная их суетливость на уроках приводит к пробелам в знаниях, к конфликтам с учителями и ровесниками, которые обычно заканчиваются реакциями аффективного типа с криком, плачем, драками. Неудачи в учебной деятельности вызывают новые невротические реакции, страх перед посещением школы, перед ответами у доски, перед контрольными работами.

При клиническом и психологическом обследовании у таких детей выявляется ряд особенностей. В неврологической картине обнаруживаются симптомы дисфункции вегетативной нервной системы. На электроэнцефалограммах ригистрируются диффузные негрубые изменения биоэлектрической активности головного мозга. Психологическое исследование выявляет симптомы раздражительной слабости, повышенной истощаемости, эмоциональной неустойчивости. На фоне невротической симптоматики обнаруживается легкое недоразвитие отдельных сторон психических функций: нередко затруднены операции конструктивного характера (при действии в умственном плане), реализация последовательных рядов (преимущественно на вербальном уровне). Отмечаются негрубые проявления дисграфии и дискалькулии. В целом при оказании своевременной профессиональной помощи этим детям динамика их развития благоприятная.

Задержка психического развития с психопатоподобными синдромами

При негрубых поражениях головного мозга на ранних этапах онтогенеза задержка психического развития может сочетаться с психопатоподобным искажением формирования личности.

Задержка психического развития с синдромом гиперактивности. С раннего возраста эти дети двигательно беспокойны, расторможенны, крикливы, говорливы. Они постоянно заняты деятельностью, причем обязательно вовлекают в нее окружающих. Действия и поведение их часто непоследовательны до хаотичности. Они неуемны в своей гиперактивности, доводя членов семьи до изнурения. В конфликтных ситуациях агрессивны, но без жестокости и быстро успокаиваются. Упрямы, аффективно напряженны. Режим в дошкольных детских учреждениях они нарушают. Подготовительных занятий к школе не выдерживают и приходят в школу без соответствующих навыков.

У этих детей резко нарушена способность к устойчивой концентрации внимания при интеллектуальных операциях. Наблюдается патологически быстрая переключаемость внимания. Несмотря на неплохую память, достаточно развитые высшие психические функции, лежащие в основе овладения материалом начальной школы, наличие способности к отвлеченному мышлению, такие дети отстают в учебе в первых классах школы, так как в их действиях отсутствуют упорядоченность, систематичность, четкая направленность и планомерность при усвоении необходимых школьных знаний. Накапливающиеся пробелы информации постепенно все больше сдерживают психическое развитие ребенка и порождают негативное отно-

шение к обучению, школьную фобию и дезадаптацию. После прохождения ребенком пубертатного криза возможно либо постепенное сглаживание симптоматики, упорядочение поведения и выработка адекватного отношения к школе, либо дальнейшая деформация личности, когда ребенок становится неаккуратным, неисполнительным, информацию усваивает без обдумывания и отрывочно, поверхностно. Он не строит планов на будущее, стремится избегать трудностей и неприятностей, а неудачи лишь обостряют у него стремление к удовольствиям и развлечениям.

Задержка психического развития с синдромом гипоактивности. С раннего возраста такие дети инертны и малоактивны в любых ситуациях. Темп раннего психомоторного развития слегка замедлен. Поведение и характер общения этих ребят с окружающими своеобразен: они медленно включаются в бытовые и игровые ситуации, долго обдумывают характер предстоящих действий, медленно выполняют различные операции, не сразу понимают юмор, шутки и с запозданием реагируют на них. Формирование высших психических функций, являющихся предпосылками для усвоения чтения, письма и счета, запаздывает, поэтому в начальных классах школы они отстают от сверстников, что усугубляется замедленностью темпа психической деятельности, инертностью внимания. Способность к отвлеченному мышлению у этих детей развита достаточно, но они лишены творческой активности, оригинальности в решениях; им свойственна шаблонность и стереотипность мышления. Взрослые таких детей называют безынициативными.

Задержка психического развития с аутистическим синдромом. Своеобразная деформация психического развития таких детей наблюдается с мла-

денческого возраста. Нередко у них отмечается моторная неловкость и отставание в развитии тонкой моторики, наличие отдельных двигательных стереотипий. Дети слабо реагируют на ласку и присутствие матери, не ласкаются к ней. Речь формируется с запаздыванием либо своевременно, но дети мало ее используют для общения. Отмечается обедненность и тусклость голосовых модуляций, пристрастие к употреблению определенных оборотов речи и слов. Мимические реакции однообразны и бедны. Малыши не играют со сверстниками, предпочитая избирательный контакт с немногими взрослыми. Им свойственны односторонние увлечения и однообразные, вычурные игры. Таких детей сложно увлечь деятельностью, которая им неинтересна, поэтому обучение в школе вызывает у них значительные трудности. При достаточно развитом вербальном мышлении они обнаруживают отставание в развитии невербальных функций интеллекта (особенно конструктивной деятельности и анализа пространственных отношений). В силу названных особенностей при выполнении школьных заданий эти дети допускают много ошибок из-за пробелов в знаниях, недостаточной сосредоточенности, недостаточной целенаправленности деятельности. Кроме того, регистрируются отдельные проявления дислексии, дисграфии и дискалькулии.

Задержка психического развития при детских церебральных параличах

При органическом поражении головного мозга, полученном внутриутробно или во время родов, могут рождаться дети с расстройствами двигательных функций в виде параличей спастического или атонического характера либо в виде гиперкинезов.

Отклонения в психическом развитии младенцев регистрируются с первых недель жизни. Часто у них отсутствуют или чрезмерно усилены врожденные безусловные рефлексы; после 3 месяцев могут оставаться выраженные оральные автоматизмы и синкинезии. Зрительное и слуховое сосредоточение появляется позднее 2 месяцев. На звуковые раздражители дети либо не реагируют, либо реакции носят защитный характер. Снижена способность к фиксации взгляда на движущемся предмете. С отставанием на 1–2 месяца появляется улыбка. С 3 месяцев выявляются нарушения в строении артикуляторного аппарата, отклонения в процессах голосообразования и движения, в связи с чем гуление возникает на несколько месяцев позднее; лепет может продолжаться до 2–3 лет, он обеднен по звуковому составу, легко тормозится любой неприятной для ребенка ситуацией. Первые слова появляются в период от 2 до 4 лет. Речь часто дизартричная. Двигательные нарушения наряду с расстройством тактильных и мышечно-суставных ощущений затрудняют ребенку получение информации о форме предметов, их величине и особенностях материала, из которого они сделаны. Половина детей с ДЦП имеют различные расстройства зрения и слуха. У всех детей, пораженных ДЦП, выявляются черты церебрастенического синдрома, нарушения функций произвольного внимания, памяти, эмоциональная лабильность и недостаточная дифференцированность эмоций, обеднение мотивационной сферы. Задерживается развитие пространственных представлений, медленно накапливается запас сведений об окружающем мире в силу относительной изолированности на ранних этапах онтогенеза.

При спастической и гемипаретической формах ДЦП примерно $^{1}/_{3}$ детей страдает умственной от-

сталостью, у остальных регистрируется задержка психического развития (главным образом за счет недоразвития навыков анализа пространственных отношений и конструктивного мышления). В силу оптико-пространственной недостаточности при обучении грамоте выявляются дислексия, дисграфия и дискалькулия. Способность к абстрактно-логическому мышлению может развиваться в достаточной степени. Дети часто сенситивны, впечатлительны, тяжело переживают свои дефекты.

При гиперкинетической форме ДЦП, кроме дизартрии, у детей наблюдается снижение остроты слуха и отставание в развитии навыков абстрактно-логического мышления, в то время как конкретно-действенное мышление развивается у них в достаточной степени. Часто они недостаточно критичны к своему поведению, нередко бестактны, не учитывают тонких ситуативных моментов в межличностных отношениях. Нередко у таких детей замедлен темп мыслительных операций. Ребята двигательно расторможенны, назойливы, аффективно неустойчивы, эгоцентричны.

У детей с ДЦП при ухудшении соматического состояния нередки неврозоподобные проявления и депрессии с переживанием неопределенности своего будущего. Часто наблюдаются страхи, связанные с перемещением в пространстве.

Задержка психического развития при общем недоразвитии речи

Своеобразная задержка психического развития наблюдается у детей с моторной (экспрессивной) аномалией. В раннем возрасте у них отмечается некоторое отставание в появлении гуления и лепета; появление же слов и развитие фразовой речи

грубо нарушено. Мыслительные операции на конкретно-действенном и наглядно-образном уровне малыши обычно реализуют достаточно успешно. В то же время у них регистрируются многообразные расстройства языковых операций: извращение звуковой и слоговой структуры слов, разнообразные аграмматизмы, бедность словаря, чрезмерное сужение или непомерное расширение значения употребляемых слов, разорванность высказываний, свертывание повествования и т. п. Формирование абстрактно-логического мышления из-за тяжелых языковых нарушений отстает в развитии, что порождает и затруднения в общении ребенка со сверстниками, затягивает этапы школьного обучения.

Задержка психического развития при тяжелых дефектах слуха

Задержка психического развития у глухих детей касается главным образом словесно-логического мышления, в то время как невербальные функции интеллекта развиваются, как правило, в обычные сроки. Первые усвоенные глухими детьми слова обладают чрезмерно широким смыслом (например, слово обозначает и предмет, и связанные с ним действия) и долго не приобретают для них значимости как средства общения. Только в течение первых лет обучения идет процесс увеличения словаря с постепенным сужением и уточнением значений слов. Однако еще длительное время дети испытывают затруднения в использовании слов в разных контекстных ситуациях, так как ассоциативное поле их слов беднее, чем у слышащих ребят того же возраста. Предметные обозначения для них существеннее, чем более обобщенные, а понимание принадлежности одного и того же объекта или явления к разно-

аспектным обобщениям долгое время представляет для глухих детей значительную трудность. Все это замедляет и затрудняет процесс перехода перцептивных действий в понятийные операции.

К подростковому периоду жизни у таких детей нередко отмечаются реакции, обусловленные переживанием своего дефекта, ипохондрические жалобы, но могут проявляться и, наоборот, завышенная самооценка, черты инфантилизма, наивности, повышенной внушаемости и недостаточной самостоятельности. При глухоте, вызванной органическим поражением головного мозга, возможны и выраженные симптомы церебрастенического синдрома.

Задержка психического развития при тяжелых дефектах зрения

В младенческом возрасте вследствие слепоты дети отстают в формировании общей моторики. Ограничение двигательной активности приводит к замедленному формированию пространственных представлений, развитию конструктивного мышления, наблюдается своеобразие речи и вербального мышления. Дети могут обладать богатым словарным запасом, копируя стиль речи взрослых людей, но при этом слова часто лишены конкретного содержания. Рассуждения ребят нередко схоластичны, употребление понятий неадекватно. Такая задержка психического развития часто осложняется характерологическими особенностями и невротическими реакциями. Гиперопека с раннего возраста приводит к повышенной внушаемости этих детей, зависимости от мнения окружающих. В то же время они часто обнаруживают обидчивость, сенситивность, замкнутость, чувство собственной ущербности, капризность, эгоистичность, склон-

ность к самоанализу, патологическое фантазирование, тревожную мнительность. Ребята опасаются новых ситуаций, склонны к соблюдению жесткого порядка, доводя его до педантизма. Неудачи в школе или конфликты дома нередко вызывают у незрячих детей невротические реакции и провоцируют патологическое формирование личности по истерическому, ипохондрическому и депрессивно-аутистическому типу.

Задержка психического развития при тяжелых соматических заболеваниях

Дети, длительно или часто болеющие в раннем возрасте соматическими заболеваниями, могут отставать в психическом развитии, так как у них обнаруживается ярко выраженный астенический синдром. Повышенная утомляемость при психических и физических нагрузках не дает таким ребятам возможности своевременно и в полном объеме овладевать необходимыми знаниями, умениями и навыками, соответствующими их возрасту. В то же время частые госпитализации еще больше ограничивают возможности детей получить все это в домашнем кругу и в дошкольных учреждениях. Щадящий режим стационаров способствует формированию инфантильных черт личности, несамостоятельности, повышенной внушаемости, установки на оказание им помощи. Кроме замедления темпа психического развития, у этих детей отмечаются повышенная истощаемость произвольного внимания, неравномерная скорость запоминания информации и затруднения при ее воспроизведении. Дети эмоционально неустойчивы, обидчивы, сенситивны, капризны. В конфликтных ситуациях легко проявляют разнообразные невротические реакции.

Задержка психического развития при тяжелой семейно-бытовой запущенности

Информационная и эмоциональная депривация ребенка в семье может приводить к подавлению познавательной активности, устойчивому снижению фона настроения и задержке психического развития. Дети не привыкают к выполнению определенных обязанностей. Они нетерпеливы, непоседливы, стремятся к получению удовольствий, не любят планируемых заранее действий, избегают ситуаций, выход их которых требует значительных волевых усилий и труда для достижения цели. Режим ими с легкостью игнорируется. Знания их о мире отрывочны, бессистемны и часто неверны. При поступлении в школу перечисленные особенности быстро приводят детей к дезадаптации, к появлению школьной фобии. К семейно-бытовой запущенности постепенно прибавляется и педагогическая, что усугубляет проявления задержки психического развития в силу нарастания дефицита необходимой общей и учебной информации, трудностей в овладении элементарными навыками грамотности.

Таким образом, при задержках психического развития разного генеза чаще всего сочетаются симптомы замедленного развития одних психических процессов, относительно стойкого недоразвития других и повреждения структуры и динамики третьих. Эффективная динамика развития детей намечается тогда, когда своевременно осуществляется клиническая, психологическая и педагогическая диагностика и реализуется необходимая психологическая коррекция, психотерапия, биологическая терапия, а педагогическая коррекция и обучение ведутся с учетом всей сложности, неравномерности и дисгармоничности развития интеллекта и личности детей.

НЕВРОЗЫ И ПСИХОГЕННЫЕ ПСИХОЗЫ

Невроз — это заболевание, вызванное воздействием тяжелых психотравмирующих обстоятельств, направленных на блокаду или уничтожение важнейших, ядерных, личностно значимых ценностей и ориентаций. Неврозы являются функциональными преходящими заболеваниями без органического поражения головного мозга. В возникновении неврозов значимыми оказываются не только психотравмирующие ситуации, но и отношение больного к этим обстоятельствам. Механизмы психологической защиты личности оказываются не в состоянии обеспечить человеку при неврозе адаптацию к тяжелой жизненной ситуации в границах нормы. Появляется выраженный невротический страх или депрессия, соматовегетативные нарушения, болезненный порочный круг, замыкающий интенсивность переживаний с выраженностью соматовегетативных нарушений и невротический эгоцентризм с резко выраженным расширением масштаба переживаний и поиском совета и утешения у всех окружающих.

Под влиянием остро действующих и затяжных психотравмирующих обстоятельств у больных начиная с подросткового возраста преобладают так называемые «общие» неврозы в виде неврастении, невроза навязчивых состояний и истерического невроза.

При неврастении в клинической картине болезни на первое место выходят разнообразные соматовегетативные нарушения. Заболевают чаще всего люди деятельные, энергичные, берущиеся за множество дел и привыкшие все дела выполнять качественно, добросовестно, с высокой ответственностью. Психологический конфликт у такой

личности возникает тогда, когда у нее не хватает сил и возможностей для реализации всех устремлений.

При неврозе навязчивых состояний на первое место в клинической картине заболевания выдвигаются навязчивые страхи, мысли, представления и действия. Заболевают этим неврозом прежде всего люди, воспитанные в завышенных требованиях неукоснительного соблюдения социальных «запретов». Поэтому психологический конфликт, приводящий к неврозу, заключается в столкновении желания реализовать ту или иную значимую для данного человека потребность с чувством абсолютной запретности и непозволительности такой реализации.

Истерический невроз обычно развивается в психотравмирующих обстоятельствах у лиц, наделенных повышенной внушаемостью и способностью к ярким образным представлениям. Психологический конфликт чаще всего сводится к решению больным дилеммы: выйти ли из критической ситуации с помощью преодоления тяжелых жизненных обстоятельств или, наоборот, «уйти в болезнь». При этом человек способен воссоздать (на бессознательном уровне) внешние признаки любой болезни, о которой у него имеются представления. Больной отнюдь не симулирует, он обнаруживает у себя признаки болезни и пытается ими воспользоваться в своих интересах в сложившейся ситуации.

У детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста неврозы чаще всего носят характер моносимптомных невротических реакций, при которых невротическая симптоматика относительно узко локализована и приурочена преимущественно к нарушению деятельности какой-либо одной системы организма (тик, заи-

кание, отсутствие аппетита, ночной энурез и пр.). Нужно иметь в виду, что такие невротические реакции могут быть и у взрослых людей в виде так называемых «системных неврозов».

В детском возрасте невротические проявления, кроме моносимптомности, имеют ряд особенностей. Так, например, психотравмы у детей легче и быстрее порождают неврозы в периоды возрастных кризов.

Содержание психотравм, с точки зрения взрослого человека, зачастую носит «ничтожный» характер, поэтому поведение родителей, воспитателей дошкольных учреждений и педагогов нередко лежит в основе психотравмирующей ситуации.

Невротическая депрессия у детей выражается главным образом в соматовегетативных нарушениях.

Неврозы в детском возрасте приобретают более глубокий и затяжной характер на фоне астенизирующих соматических заболеваний, у детей с акцентуированными и психопатическими чертами личности, при негрубых проявлениях органического поражения головного мозга, при неблагополучных внутрисемейных отношениях и неудачных взаимоотношениях в коллективах детских учреждений.

Невротические страхи

Невротические страхи возникают нередко благодаря неожиданным, пугающим ребенка обстоятельствам либо из-за того, что взрослые сознательно запугивают малыша с целью достижения «воспитательной» цели.

Часто у детей наблюдается страх перед посещением детского учреждения (яслей, детского сада,

школы) после возникновения там пугающей или конфликтной ситуации — вследствие несправедливого наказания взрослыми, ссоры с ровесниками с угрозой расправы, запугивания более старшими детьми, опасения не справиться с контрольной работой и т. п.

После принудительного затаскивая ребенка в холодную воду или на глубину при попытке научить плавать может появиться страх перед водным пространством.

Таким образом, по своему сюжету невротические страхи могут быть различными, и в каждом отдельном случае для оказания помощи ребенку важно установить причины и механизмы существования определенного по содержанию страха.

Невротические тики

Тики — это непроизвольные, эпизодически повторяющиеся и усиливающиеся при волнении сокращения отдельных мышечных групп, возникающие, как правило, после остро действующей психотравмы. При этом решающая роль в происхождении невротических проявлений принадлежит нередко не самой пугающей ситуации, а бурной реакции на эту ситуацию окружающих взрослых. Страх взрослого человека чрезвычайно сильно воздействует на детей, отсюда идет и формирование соответствующего отношения к психотравмирующей ситуации.

Невротические расстройства сна

Часто у детей бывают ночные страхи. Заключаются они, главным образом, во внезапных пробуждениях ребенка под влиянием кошмарного снови-

дения, отражающего в той или иной мере реальную психотравмирующую ситуацию. Малыш при этом кричит, плачет, зовет родителей, боится спать в одиночестве. Пугающие сновидения у детей имеют склонность к повторению.

При нарушениях глубины сна у невротичных детей могут появляться сноговорения, снохождения, ночное недержание мочи.

Психотравмы, особенно затяжного характера, часто приводят к растянутому на несколько часов периоду засыпания и даже извращению формулы сна, когда больной засыпает днем, а ночью бодрствует.

Невротические расстройства речи

Нередко у детей возникает страх перед речевой деятельностью в присутствии большого количества людей или определенных лиц (обычно после негативной оценки, насмешек и издевательств окружающих над высказываниями ребенка). В случае острой психотравмы возможно и резкое развитие заикания; оно может появиться и при затяжной психотравмирующей ситуации, особенно при постоянных поправках и критике речи ребенка, а также запретах говорить что-либо в свое оправдание.

Невротические расстройства аппетита

Невротические отказы от еды чаще всего формируются у детей вследствие каких-либо психотравмирующих переживаний во время приема пищи (особенно часто, когда родители ругают, угрожают и наказывают детей за их проступки, плохую успеваемость и непослушание). В подростко-

вом возрасте отказы от еды часто связаны с боязнью полноты, что приводит к нервной анорексии с катастрофическим падением веса тела.

В ситуациях грубого ущемления интересов ребенка, оскорбления или обмана его нередко возникают патохарактерологические реакции. Это кратковременные состояния дезадаптивного поведения, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней. Они проявляются в неадекватном поведении, не достигающем, впрочем, невротического уровня реагирования.

Реакция оппозиции. Это протестная реакция, направленная против лиц или обстоятельств, в которых ущемлялась личность ребенка. Например, на какое-то время ребенок перестает разговаривать с отцом, нарушившим обещание или несправедливо наказавшим его.

Реакция нигилизма. Реакция данного типа на психотравму проявляется в уходе от любых форм контактов и в отказе от принятия самых желанных и любимых ребенком вещей и способов времяпровождения, то есть происходит как бы генерализация негативного реагирования за пределы психотравмирующей ситуации.

Реакция гиперкомпенсации. В ответ на унижение, оскорбление или игнорирование «я» ребенка (чаще всего детским коллективом или группой) он начинает вести себя агрессивно, жестко, пытаясь таким образом завоевать авторитет и уважение детей, либо форсированно и интенсивно стремится добиться успеха в каком-либо виде деятельности (с той же целью).

Реакция имитации. Подражая в поведении какому-либо значимому для ребенка лицу, он может перенимать стиль не только позитивного,

но и крайне негативного поведения. Например, малыш, вернувшись из детского сада, по любому поводу начинает громко, бурно и нецензурно браниться, так же как их «лидер» в группе детского сада из неблагополучной семьи, и разговаривает в любых обстоятельствах только подобным образом.

В случаях, когда психотравмирующая ситуация носит затяжной, неразрешенный характер и больному по тем или иным причинам не удалось преодолеть невротическую симптоматику, может отмечаться невротическое развитие личности. Невротические формы реагирования и поведения стереотипизируются и постепенно приобретают все более стабильные черты свойств личности. Такая трансформация обычно происходит на протяжении нескольких лет и возможна в любой возрастной группе больных.

Тяжелые психотравмы могут приводить не только к неврозам, но и к психогенным (реактивным) психозам. При таких психозах тоже нет органического поражения головного мозга, но, в отличие от неврозов, пациент не отдает себе отчета в том, что он болен, и совершает неадекватные обстоятельствам действия.

По глубине и длительности дезорганизации психической деятельности психогенные психозы можно разделить на три группы: острые, подострые и затяжные.

Острые психогенные психозы («шоковые реакции»). В опасных для жизни обстоятельствах (пожар, землетрясение, разбойное нападение и пр.) у человека может внезапно развиться сумеречное расстройство сознания с двигательным ступором («реакция мнимой смерти») либо с хаотичной, не-

упорядоченной и неадекватной двигательной активностью («реакция двигательной бури»). Такие состояния обычно продолжаются от нескольких минут до нескольких часов. Наблюдаются они начиная с 2–3 лет.

Подострые психогенные психозы. В различных психотравмирующих ситуациях, особенно при затяжном, томительном ожидании разрешения высокозначимой и опасной ситуации, на фоне сумеречного состояния сознания больного могут появиться следующие варианты подострого психогенного психоза:

а) острая речевая спутанность — бессвязность речи и мышления пациента с невозможностью установления с ним продуктивного контакта;
б) синдром пуэрилизма — детскость поведения, когда больной использует речь, близкую к лепетной, а его мимика и поведение напоминают гротескно утрированные формы поведения ребенка раннего возраста;
в) синдром псевдодеменции — пациент внезапно начинает себя вести как глубоко слабоумный человек, давая так называемые «ответы мимо» (около правильных) на простейшие вопросы;
г) синдром архаической психики — больной ведет себя как дикое животное: речью не пользуется, бегает на четвереньках, лает, воет, кусает окружающих, хватает ртом пищу с пола и т. п.;
д) синдром Ганзера — у пациента наблюдается сочетание псевдодеменции, пуэрилизма и элементов синдрома архаической психики.

Продолжительность таких психотических состояний обычно составляет от нескольких дней до 2–3 недель. Нередко при этом варианты психоза переходят один в другой. Нарушения

психической деятельности подобного рода появляются у детей начиная с младшего школьного возраста.

Затяжные психогенные психозы. Начиная с подросткового возраста при действии психических травм могут появляться психогенные психозы, продолжающиеся по 2–3 месяца. Они бывают двух видов: реактивная депрессия и реактивный параноид.

а) Реактивная депрессия значительно глубже невротической депрессии. Пациент перестает заботиться о себе, не следит за своим внешним видом, не ест, не выходит на улицу, гротескно и неадекватно обвиняет себя и других в происшедшем несчастии и не считает себя больным. Он пытается реализовать суицидные замыслы, считая положение безнадежным. Соматовегетативные компоненты депрессии выражены резко.

б) Реактивный параноид. Развиваясь на фоне психотравмирующих обстоятельств, у больных формируются бредовые идеи, своей фабулой связанные с этими обстоятельствами. Иногда искаженная бредовая логика пациента звучит настолько убедительно для родственников, что они тоже начинают разделять и поддерживать ложные умозаключения больного (так называемые индуцированные психозы). В силу бредовых идей такие люди нередко опасны для себя и окружающих, поэтому нуждаются в госпитализации.

В какой бы форме ни протекали психогенные психозы, они обычно носят обратимый характер и заканчиваются выздоровлением. Однако когда ситуация складывается крайне неблагоприятно

и в течение длительного времени (обычно ряда лет) возникают повторные психотравмы примерно сходного сюжета, то, несмотря на прекращение психоза, у больных отмечается так называемое патологическое развитие личности (особенно часто — паранойяльное развитие). Например, с человеком несправедливо обошлись в одном учреждении, затем во втором, в третьем, и у него начинает заостряться и фиксироваться подозрительное и недоверчивое отношение к окружающим, в их действиях пациенты усматривают тайные заговоры и козни; бредоподобным образом трактуя поведение окружающих как враждебное, они, постепенно теряя приятелей и друзей, обрекают себя на вечную войну, не признавая своих заблуждений.



ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Тяжелые психотравмы острого или затяжного характера вызывают у человека переживания в виде тоски, отчаяния, тревоги, страха, постоянной аффективной напряженности. В свою очередь, подобные эмоциональные реакции невозможны без соматовегетативных изменений в организме, и чем острее переживания, тем интенсивнее их соматовегетативные компоненты. Длительные негативные переживания приводят к формированию у больного астенического синдрома с ощущением постоянного и полного упадка физических и психических сил, что дополняется стойкими ипохондрическими жалобами. Такое состояние порождает напряженную деятельность многих систем организма, и если имеется наследственная предрасположенность к заболеваниям определенной системы или органа либо в прошлом данная система у человека уже подвергалась вредному воздействию (допустим, пищевая аллергия приводила к возникновению кожного зуда и крапивницы или частые бронхиты вызывали диспозицию бронхов), то подобного рода «готовность» отдельных систем организма к патологическому реагированию при стрессовом напряжении и мощной соматовегетативной перестройке может приводить не только к функциональным, но и к органическим изменениям в ткани соответствующего органа или системы. В этом случае возникает психосоматическое заболевание, первичной и основной причиной которого является психическая травма. Если не вскрыть и не устранить психогенный фактор, такие заболевания приобретают затяжное или хроническое течение. Наиболее часто встречаются следующие проявления психосоматических нарушений.

1. Псевдоневрологические нарушения:
   а) гиперестезии;
   б) психогенные головные боли;
   в) расстройства сна;
   г) головокружения;
   д) невралгии;
   е) дискинезии.
2. Сосудистая дистония.
3. Функциональные расстройства деятельности сердца:
   а) кардиалгии;
   б) расстройства ритма сердцебиения;
   в) ишемическя болезнь сердца;
   г) кардиофобия.
4. Псевдоревматизм.
5. Нарушения глубины и ритма дыхания. Астматические состояния.
6. Абдоминальные синдромы:
   а) расстройства аппетита;
   б) тошнота и рвота;
   в) запоры и поносы;
   г) абдоминальные боли;
   д) канцерофобия.
7. Урологические проявления:
   а) дизурия;
   б) ночной и дневной энурез;
   в) цисталгии.
8. Сексуальные дисфункции.
9. Кожные проявления:
   а) зуд;
   б) крапивница;
   в) нейродермит;
   г) экзематозные проявления.

Изучая психогенные заболевания, следует обратить внимание на особую важность для диагностики тщательно собранного и проработанного анамнеза жизни и болезни пациента. Поскольку при этих заболеваниях функциональные соматовегетативные нарушения представлены, как правило, в выраженной степени, то необходимо тщательное и всестороннее соматическое и неврологическое исследование больного, чтобы исключить органическую патологию внутренних органов. Существенную помощь, помимо клинического обследования, в диагностике, психологической коррекции и психотерапии могут оказать экспериментально-психологические исследования (такие, как цветовой тест Люшера, ассоциативный эксперимент, тест Розенцвейга, ММРУ, ТАТ, тест Роршаха, ПДО, кинетический рисунок семьи, опросник PARY, опросник родительского отношения, опросник удовлетворенности браком и пр.)



ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ (СОМАТОГЕННЫЕ ПСИХОЗЫ)

Психические расстройства могут находиться в прямой зависимости от возникновения, проявлений и динамики соматических болезней человека в силу нарушения обмена веществ, расстройства микроциркуляции крови, эндокринных и токсических сдвигов в организме и пр. Кроме того, важной является и личностная реакция человека на наличие у него тяжелого соматического заболевания.

Психические нарушения при заболеваниях внутренних органов проявляются чаще всего в виде следующих психопатологических синдромов.

Астенический синдром

Данный синдром в любом возрасте является базисным, и на его основу, как на стержень, нанизываются остальные психопатологические проявления соматогенных психозов.

Больные жалуются на постоянное чувство усталости, слабости, высокой утомляемости при любых, даже незначительных физических и интеллектуальных нагрузках. Такие люди медленно, с трудом включаются в любые виды деятельности, обнаруживая быструю истощаемость произвольного внимания и нарастание повышенной отвлекаемости. У них наблюдаются нарушения сна в виде трудностей засыпания, чуткого, поверхностного сна и отсутствия чувства отдыха после пробуждения.

Больные жалуются на снижение работоспособности, на ослабление памяти. Обследование выявляет у пациентов нарушение способности к удержанию информации в памяти и особенно к ее воспроизведению в нужный момент.

Сенсорно-перцептивные нарушения

Часто у больных наблюдается гиперестезия — непереносимость слуховых, тактильных, зрительных раздражителей обычной силы.

Начиная с младшего школьного возраста у пациентов выявляются сенестопатии разной локализации, обычно носящие мучительный, затяжной характер.

С этого же возраста в клинической картине заболевания может появляться синдром дереализации и соматической деперсонализации, а с подросткового возраста — синдром психической деперсонализации.

Нередко с 10–12 лет при соматогенных психозах возникают слуховые псевдогаллюцинации, носящие затяжной характер и по своему сюжету «комментирующие» действия больного, «советующие» и «приказывающие» что-либо делать, а также «угрожающие» больному.

Эмоциональные нарушения

Чаще всего наблюдается астенодепрессивный синдром. Преобладает тоскливый фон настроения при наличии гиподинамии, вялости и в то же время раздражительности, обидчивости и ворчливости. При обострении соматического заболевания нарастает тревожный компонент депрессии. Нередко отмечается дистимический или дисфорический оттенок настроения с плаксивостью, капризностью и гневливостью.

У детей депрессивные состояния обычно длятся меньше времени, чем в юношеском и зрелом возрасте, а в позднем возрасте они приобретают монотонный, затяжной характер.

В периоды резкого утяжеления соматической картины болезни у таких людей можно наблюдать неадекватно приподнятое настроение, чаще всего в виде эйфории.

Нарушения мышления

У многих больных наблюдается замедление темпа мышления и речи, соскальзывание с основного сюжета на побочные темы по случайным ассоциациям. С подросткового возраста у таких больных появляются бредовые идеи преследования, отношения, отравления, воздействия; часто встречается ипохондрический бред. У дошкольников и младших школьников нередко отмечаются бредоподобные фантазии и ипохондрические высказывания сверхценного типа. При затяжном и тяжелом течении заболеваний внутренних органов у людей зрелого, пожилого и старческого возраста может развиться нигилистический бред.

Синдромы нарушенного сознания

Обычно периоды помраченного сознания при соматогенных психозах носят кратковременный характер. Нередко это астеническая спутанность сознания, когда периоды ясного сознания перемежаются с кратковременными состояниями дезориентировки в месте, времени и ситуации, сочетаясь с речевой бессвязностью. Реже, особенно при утяжелении течения соматической болезни, возникают непродолжительные делириозно-онейроидные состояния с двигательной заторможенностью вплоть до ступора или с хаотической суетливостью.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И АТЕРОСКЛЕРОЗЕ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Психопатологическая симптоматика развивается вследствие ухудшения кровоснабжения головного мозга и постепенного нарастания ишемии. На первых порах обычно возникают повышенная тревожность, раздражительность, нетерпеливость, чрезмерная аффективность, нарушения сна, головные боли. Таким образом, внешне симптоматика напоминает невроз, поэтому первая стадия заболевания называется псевдоневрастенической. Подъемы и колебания артериального давления в этой стадии носят нестабильный характер. Астенический синдром занимает центральное место в психопатологической картине, часто сочетаясь с тревожно-депрессивным компонентом; при этом с утра он чаще носит дисфорический оттенок, а к вечеру нарастает тревожность. Нередко появляются жалобы ипохондрического характера, страх перед любыми физическими нагрузками, поездками в транспорте, опасения оставаться дома в одиночестве. Такие переживания чаще носят сверхценный, а реже — навязчивый характер.

Во второй стадии заболевания артериальная гипертензия становится стабильной и достигает больших величин. Психопатологические симптомы могут носить ярко выраженный характер. Чаще всего встречается резко очерченный тревожно-депрессивный синдром, не имеющий для больного конкретного содержания переживаний, но чрезвычайно сильно овладевающий пациентом; возникают эпизоды нарушения сознания (разной глубины оглушенность, делирий и сумеречные состояния). Неред-

ко у больных наблюдается тревожно-бредовой синдром, сюжетом которого становятся идеи отношения, преследования, отравления, носящие, как правило, отрывочный, несистематизированный характер. У многих пациентов бред носит вторичный характер, так как вначале возникает зрительный или слуховой галлюциноз, а затем в контексте сюжета галлюцинаций развиваются бредовые идеи.

Иногда при резких нарушениях мозгового кровообращения во время гипертонических кризов могут возникать эпилептиформные припадки.

В третьей стадии, когда явления атеросклероза мозговых сосудов становятся значительными, резко учащаются периоды острого нарушения мозгового кровообращения, возникают инсульты, нередко повторные. Артериальное давление стабильно держится на высоком уровне.

В этот период у больных может наблюдаться затяжной зрительный или слуховой галлюциноз, повторяются эпилептиформные припадки, вследствие инсультов нарастает очаговая неврологическая симптоматика, отмечаются выраженные изменения личности либо в виде сужения круга интеллектуальных интересов, беспечности с эйфорическим оттенком, с утратой чувства меры, такта, дистанции, с расторможенностью влечений, либо в форме снижения активности, инициативы, с нарастанием бездеятельности, безучастности к происходящему.

Помимо изменений личности, у больных достаточно резко развивается слабоумие (деменция). Деменция может начинаться или с быстрого нарастания грубых дефектов памяти, или с сужения круга интересов, ослабления способности к отвлеченному мышлению, к оперированию имеющимися у пациента знаниями.

ИНВОЛЮЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ

Нейроэндокринные и соматические изменения в человеческом организме, происходящие в климактерическом периоде жизни и пожилом возрасте на фоне психологических проблем у больных, способствуют возникновению психических нарушений без признаков органического поражения головного мозга. Чаще всего отмечаются инволюционная депрессия и инволюционный параноид.

Инволюционная депрессия

У больных наблюдается устойчивое снижение настроения, на фоне которого появляется тревожный компонент с ожиданием каких-либо несчастий (в рамках бытовых ситуаций), переживанием одиночества (даже при постоянном общении с членами семьи), тоскливо-тревожным ожиданием собственного тяжелого заболевания с обилием ипохондрических жалоб и истерических проявлений. Нередко клиническая картина утяжеляется затяжными и мучительными сенестопатиями и формированием нигилистического бреда Котара с утверждениями о гибели семьи, катастрофы с городом, страной, гниением и распадом собственного тела, которое обречено на вечные мучения, и т. п. Могут появляться и бредовые идеи собственной виновности, которые во многом связаны по сюжету с прошлыми реальными событиями в жизни пациентов и фабулой слуховых вербальных галлюцинаций об их «ужасных преступлениях перед человечеством». Переживания больных носят чрезвычайно тревожный характер.

Инволюционный бред

Обычно бредовые идеи, высказываемые пациентами, носят конкретный, бытовой сюжет. Такой бред называют «бредом малого размаха» или «квартирным бредом». Больные высказывают обвинения в отношении родственников и соседей, что те хотят их погубить (специально портят еду, электропроводку, газовые коммуникации), чтобы занять их жилплощадь, выжить из дома и т. п. Супругов они обвиняют в изменах, бредовым образом трактуя любые бытовые ситуации. В связи с такими переживаниями больные обращаются в милицию, баррикадируют двери, занавешивают окна, хранят под замком свои продукты питания. Они склонны «сражаться с врагами до победного конца» и проявляют в соответствии с бредом жесткую линию поведения.



ПРЕДСТАРЧЕСКИЕ (ПРЕСЕНИЛЬНЫЕ) ДЕМЕНЦИИ

В силу атрофических процессов в корковых и подкорковых структурах головного мозга у больных в возрасте 45–50 лет могут возникать болезни Пика, Альцгеймера, Крейтцфельдта—Якоба и хорея Гентингтона, в течение нескольких лет приводящие к глубокой деменции.

Болезнь Пика

Это заболевание характеризуется прогрессирующим слабоумием в силу атрофии преимущественно лобных и височных отделов коры головного мозга. В начале болезни обнаруживаются изменения личности, носящие разные оттенки в зависимости от локализации атрофического процесса. При вовлечении в патологию конвекситальной поверхности лобных долей у больных наблюдается вялость, апатия, сужение круга интересов, неожиданные неадекватные поступки. При атрофии в орбитальной области коры мозга обращают на себя внимание расстройства морально-этических установок личности, расторможенность влечений на фоне эйфории и снижения критического отношения к своему поведению. Эпизодически у пациентов наблюдаются грубые извращения влечений в виде клептомании, пиромании, сексуальных девиаций.

Постепенно у больных нарастают расстройства речи в виде персевераций, эхолалий, падения способности к спонтанным высказываниям. Появляются и нарастают расстройства по типу амнестической афазии с невозможностью даже дать характеристики предметам; быстро уменьшается

словарный запас вплоть до наступления мутизма. Помимо афатических нарушений, возникают явления агнозии и апраксии. Мимика больных становится скудной, невыразительной, доходя до выраженной амимии.

Таким образом, за 5–7 лет течения болезни Пика наступают явления глубокого маразма.

Болезнь Альцгеймера

Атрофический процесс при данном заболевании преобладает в теменных и височных областях коры головного мозга.

Проявления заболевания обычно начинаются с нарастания расстройств памяти, нарушений ориентировки в пространстве, явлений апраксии. Подобного рода нарушения при сохранности критической самооценки порождают у больных чувство растерянности, недоумения, снижение настроения.

Постепенно нарастает расстройство письменной речи вплоть до алексии и аграфии. В устной речи появляются расстройства по типу сенсорной афазии. Усиливаются проявления парафазий, дизартрии, логоклоний, жаргонофазий, и речь постепенно становится все более непонятной. Наблюдается постепенная утрата накопленных знаний и навыков, распад мыслительных операций.

Таким образом, при болезни Альцгеймера деменция сопровождается нарушениями очагового характера (речи, гнозиса, праксиса). На этом фоне иногда наблюдаются тревожно-депрессивные состояния, острая речевая спутанность, бредовые идеи, эпилептиформные припадки. В конечной стадии слабоумие сопровождается растормаживанием примитивных рефлексов в виде оральных автоматизмов, моторных шаблонов и пр.

Болезнь Крейтцфельдта—Якоба

Дегенерация нейронов при данном заболевании происходит в коре лобных, височных долей, мозжечке и подкорковых ганглиях. Деменция прогрессирует крайне злокачественно (до 6 месяцев) и носит тотальный характер. Она сопровождается дизартрией, миоклониями, экстрапирмидными нарушениями и резким снижением веса тела.

Хорея Гентингтона

Атрофические процессы при этой болезни захватывают преимущественно лобные доли головного мозга. В начале заболевания появляются хореического типа гиперкинезы, постепенно падает активность, инициативность, способность к планированию и последовательным действиям. На фоне нарастающей интеллектуальной недостаточности отмечается депрессивный фон настроения с раздражительностью, плаксивостью, с суицидными тенденциями. Деменция прогрессирует относительно медленно.



СТАРЧЕСКАЯ (СЕНИЛЬНАЯ) ДЕМЕНЦИЯ

Психические нарушения возникают вследствие атрофических процессов в нейронах головного мозга. Постепенно замедляется темп психических процессов, снижается психическая активность, медленно прогрессируют личностные изменения. Нарастает неприятие всего нового, консерватизм. Больные начинают восхвалять прошлое и постоянно к нему возвращаться в воспоминаниях. Они становятся раздражительными, ворчливыми, склонными к постоянным поучениям, эгоцентричными, упрямыми и обидчивыми. Ослабевают душевные привязанности к близким и способность к сопереживанию. Снижается и монотонизируется спектр эмоциональных реакций. Заостряется властность, категоричность, мелочность, подозрительность, недоверчивость и скупость. Снижается этичность и тактичность действий больных. Появляется циничность и эротическая обнаженность.

Параллельно с нарастанием изменений личности возникают и утяжеляются дефекты памяти. В первое время пациенты затрудняются воспроизводить имена, даты, терминологию, затем с трудом припоминают недавние факты, постепенно забывая все более отдаленные события. Развивается грубая фиксационная амнезия с конфабуляциями. Возникает временная и пространственная дезориентировка, отмечаются грубые ошибки, которые выражаются в ложном узнавании в окружающих своих живых и умерших родственников, людей, которых они встречали в молодости. Больные перестают узнавать себя в зеркале, принимая отражение за постороннего человека. Возникает феномен «жизни в прошлом», при котором пациенты,

считая себя молодыми, строят отношения с окружающими, используя искаженную фабулу событий собственной молодости. При этом они деловиты, суетливы и неадекватно активны. Постепенно нарастают агностические, афатические и апрактические нарушения, очаговая неврологическая симптоматика, расстройства сна и кахексия.

На фоне углубляющейся деменции у больных могут появляться продуктивные психопатологические симптомы. Возникает бред ущерба, преследования, ограбления. Возможны эпизоды зрительных, тактильных, реже вербальных галлюцинаций, содержание которых «подтверждает» бредовые умозаключения больных. Часто присоединяющиеся конфабуляции создают картину фантастического бреда (*сенильная парафрения*).

На первое место в клинической картине могут выходить и аффективные нарушения в виде депрессивного синдрома с нелепым ипохондрическим бредом, идеями самообвинения и бредом Котара.

При наличии продуктивной психопатологической симптоматики деменция обычно нарастает медленнее, чем при ее отсутствии.

Таким образом, для диагностики психических заболеваний пожилого и старческого возраста, помимо получения подробных анамнестических данных, информации о соматическом и неврологическом состоянии больного, о характере и динамике продуктивных психопатологических симптомов, чрезвычайно важными оказываются нейропсихологические исследования состояния высших психических функций, патопсихологическое изучение когнитивных и некогнитивных психических процессов, а также выявление структуры и функционирования интеллекта пациентов в целом.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ

Психические расстройства могут возникать при общих и мозговых инфекциях. В свою очередь, общие инфекции могут протекать остро или носить затяжной, хронизированный характер. Психические нарушения при этом будут отличаться друг от друга как симптоматикой, так течением и исходом болезни.

Психические нарушения при остро протекающих немозговых инфекциях (грипп, ангина, пневмония, скарлатина и др.)

В организме человека под воздействием микробов быстро нарастают нарушения обмена веществ и явления интоксикации. В начальном периоде инфекционных заболеваний обычно наблюдаются эмоциональные нарушения в виде дистимии, эмоциональной неустойчивости, раздражительности, плаксивости. В дальнейшем при высокой температуре нарушается сознание. У детей раннего возраста преобладает разной глубины оглушенность. В более старшем возрасте и у взрослых людей чаще всего развивается делирий, который может продолжаться от нескольких часов до нескольких дней.

После прояснения сознания больные довольно хорошо помнят галлюцинаторную фабулу делирия и в первые дни могут относиться к ней без должной критической оценки (так называемый резидуальный бред); нередко дети дошкольного и младшего школьного возраста в течение нескольких недель подряд продолжают испытывать устойчивый страх, приурочен-

ный к месту и времени появления устрашающих галлюцинаций.

На фоне высокой температуры тела у больных может появиться онейроидное расстройство сознания, а при крайне тяжело протекающих острых инфекциях (преимущественно начиная с подросткового периода) — астеническая и аментивная спутанность сознания.

Обычно по окончании периода нарушенного сознания в течение последующих 2–3 недель отчетливо проявляется астенический синдром, выражающийся в высокой утомляемости при физическом и интеллектуальном напряжении, в трудности устойчивой концентрации произвольного внимания, в эмоциональной неустойчивости, легкой гипомнезии. В этот период у некоторых больных возможно появление навязчивых страхов и неясных сомнений. После астенического синдрома довольно быстро наступает выздоровление.

Нарушения сознания не обязательно связаны с высокой температурой. Они могут возникать при кризисном падении температуры тела или уже после ее нормализации и даже после выздоровления от инфекционного заболевания (так называемые постинфекционные психозы).

Инфекционные психозы при острых инфекциях чаще всего бывают однократными, но могут и эпизодически повторяться в дальнейшем при других тяжело протекающих инфекционных заболеваниях.

Иногда течение психоза может носить периодический характер, при котором одинаковая психотическая картина повторяется через равные промежутки времени.

Психические нарушения при затяжных, хронических инфекциях (туберкулез, ревматизм, хронический бронхит, хронический колит и др.)

При затяжных инфекциях клиническая картина психозов отличается от симптоматики при острых инфекциях. Обычно психопатологические синдромы возникают на фоне стойкого астенического синдрома. Часто встречаются гиперестезии, гипостезии, сенестопатии, псевдогаллюцинации. Нередко появляются синдромы соматической и психической деперсонализации и дереализации. Эмоциональные нарушения проявляются в виде эмоциональной неустойчивости, депрессивных состояний, апатии, иногда эйфории. Наблюдается замедление темпа мышления, обрывы мысли. Начиная с 10–12 лет появляются бредовые идеи (чаще всего бред преследования, воздействия, отравления, ипохондрический бред) и синдром психического автоматизма. Может наблюдаться апатоабулический синдром или кататоническая симптоматика; иногда на фоне ступора возникают онейроидные расстройства сознания.

Течение психоза носит затяжной характер, продолжаясь до нескольких месяцев. Заканчиваются эти психозы выздоровлением.

Энцефалиты и менингоэнцефалиты

В зависимости от типа возбудителя заболевания выделяют различные энцефалиты: эпидемический, весенне-летний, таежный, японский, вторичные энцефалиты при кори, паротите, скарлатине и т. д. Возбудитель, преодолевая гематоэнцефалический барьер человека, способен вы-

звать воспаление вещества и оболочек головного мозга.

Для клинических проявлений энцефалитов характерно то, что уже в начальном периоде болезни на фоне еще невысокой температуры у больных отмечается расстройство сознания типа оглушенности. С повышением температуры тела углубляется помрачение сознания вплоть до сопора и комы; возможна аментивная спутанность, реже делирий. На фоне нарушенного сознания кроме галлюцинаций у больных появляются разнообразные психосенсорные нарушения. Возникают эпилептиформные припадки. Отмечаются различные неврологические симптомы — двигательные и чувствительные нарушения, расстройства функций зрения, слуха, речи. На протяжении острого периода болезни обычно происходит чередование различных психопатологических синдромов (например, на смену аментивной спутанности сознания приходят апатоабулический, а затем эйфорический синдром). Острый период заболевания обычно продолжается около месяца.

После перенесенного энцефалита чаще всего наблюдаются разнообразные отдаленные последствия, свидетельствующие об органическом поражении головного мозга. Это, во-первых, неврологическая симптоматика (парезы, параличи, гиперкинезы, синдром паркинсонизма, дизартрии, расстройства зрения, слуха и пр.).

Во-вторых, наблюдается стойкий церебрастенический синдром с выраженной истощаемостью произвольного внимания, гипомнезией, снижением настроения, ипохондрическими жалобами, частыми головными болями при утомлении, кратковременными эпизодами психосенсорных расстройств.

В-третьих, могут повторяться эпилептиформные приступы в виде больших судорожных припадков, малых припадков и разнообразных «фокальных» приступов.

В-четвертых, часто отмечается психопатодобное изменение личности (по типу «органической» психопатии) — либо неустойчивый вариант психопатизации с избеганием любого вида труда, со стремлением к легкодоступным удовольствиям, жаждой новых, ярких впечатлений и пр., либо возбудимый вариант психопатизации со стремлением реализовать прежде всего свои инстинктивные побуждения; больной становится мрачным, агрессивным, жестоким до садизма.

В-пятых, может резко снизиться способность к интеллектуальным операциям вплоть до выраженной деменции.

Часто почти все перечисленные симптомы и синдромы могут наблюдаться у одного и того же человека, перенесшего энцефалит. Такое сочетание психопатологической и неврологической симптоматики составляет психоорганический синдром.

К тяжелому поражению головного мозга спустя много лет после заражения может приводить сифилитическая инфекция. Одной из форм церебрального сифилиса является прогрессивный паралич. Проявления этого заболевания начинаются через 10–15 лет от момента заражения. Разворачивается клиническая картина в три стадии.

Первую стадию прогрессивного паралича называют псевдоневрастенической, так как жалобы больных напоминают невротическую симптоматику. Пациенты отмечают у себя упорные и частые головные боли, ослабление памяти, снижение работоспособности, раздражительность. Они соверша-

ют иногда неэтичные поступки, противоречащие их воспитанию. Появляются первые неврологические симптомы (например, симптом А. Робертсона, заключающийся в нарушении реакции зрачков на свет при сохранении реакции на конвергенцию и аккомодацию), возникает дизартрия и пр. Оказываются положительными серологические и иммунологические реакции с кровью и спинномозговой жидкостью больных — реакции Вассермана, Нонне-Апельта, Панди, Вейхбродта и пр. Первая стадия прогрессивного паралича продолжается около года.

Вторая стадия прогрессивного паралича (стадия развитых признаков болезни) определяется по ведущему психопатологическому синдрому. Наиболее часто встречается экспансивная форма. Она характеризуется наличием маниакального синдрома с оттенком благодушия, а временами и гневливостью. Наблюдаются громадного масштаба абсурдный по содержанию бред величия, расторможенность влечений, циничность.

Депрессивная форма прогрессивного паралича характеризуется резким снижением настроения, страхом грядущей смерти, обилием ипохондрических жалоб, доходящих по масштабу до нигилистического бреда Котара.

Ажитированная форма заболевания проявляется в резком психомоторном возбуждении больных: они поют, кричат, танцуют, внезапно агрессивно нападают на окружающих, рвут на себе одежду; то с жадностью едят, то разбрасывают пищу вокруг, цинично ругаются и т. п.

При дементной форме наряду с ослаблением интеллектуальных возможностей у больных отмечаются нелепые и циничные формы поведения, исчезает чувство дистанции при общении с окружа-

ющими; они назойливы в просьбах, бесцеремонны с людьми любого возраста и социального положения.

Прогрессивный паралич может начинаться (при заражении бытовым путем) в 12–15 лет. Такую форму болезни называют юношеской; протекает она по типу дементной, но отличается злокачественностью течения, приводя к глубокому слабоумию в течение одного года.

Третья стадия различных форм прогрессивного паралича проявляется одинаково и называется стадией физического и психического маразма. Нарушается вегетативная регуляция жизнедеятельности организма, образуются незаживающие трофические язвы, бурно прогрессирует дистрофия. Психическая регуляция поведения становится невозможной в силу глубины и обширности поражения головного мозга.

Через 5–10 лет после заражения сифилисом может развиться сифилис головного мозга. Он протекает или с поражением сосудов головного мозга, сопровождаясь повторными кровоизлияниями в мозг с нарастанием деменции, или с образованием в головном мозге гумм (специфических участков воспаления в виде опухолеподобных образований), и тогда клиническая картина во многом будет определяться локализацией гумм, их величиной и количеством. У больных при этом отмечаются частые головные боли, расстройства сознания по типу оглушенности или сумеречных состояний, психосенсорные расстройства, галлюцинации; возможно появление параличей, парезов, расстройств речи, слуха, зрения, возникают эпилептиформные припадки.

У ребенка, рождающегося от матери, больной сифилисом, могут быть признаки врожденного си-

филиса. В таких случаях дети страдают глубокой умственной отсталостью. Соматическое обследование детей выявляет у них башенной формы череп, саблевидно изогнутые голени, резцы с полулунными выемками и пр.

Психические нарушения при синдроме приобретенного иммунодефицита (СПИД)

Это вирусное заболевание, вызывающее подострый энцефалит, приводящий к атрофии белого мозгового вещества с множественными участками воспаления в сером веществе мозга.

Для начала заболевания характерны общая утомляемость, забывчивость, сонливость, головные боли, затем развивается депрессия, иногда ажитация, возникают эпизоды делирия или аменции. Постепенно нарастают расстройства памяти, снижается способность к мыслительным операциям, появляются афатические расстройства, и за несколько лет формируется картина деменции.



АЛКОГОЛИЗМ, НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ

Хронический алкоголизм

Хронический алкоголизм является прогредиентным заболеванием, характеризующимся высокой тягой к алкоголю, наличием синдрома похмелья (*абстиненции*) и личностной деградацией. Заболевание развивается в три стадии.

В первой стадии на фоне повышенного влечения к алкоголю растет толерантность, выражающаяся в увеличении количества принимаемых спиртных напитков, и наблюдаются явления абстиненции.

Во второй стадии употребление спиртных напитков носит систематический, массированный характер, независимо от жизненных ситуаций. Исчезает количественный контроль за принимаемыми дозами алкоголя. На индивидуально предельно высоких дозах держится толерантность. Состояние опьянения сопровождается высокой степенью раздражительности, гневливостью, аффективной ригидностью, демонстративностью, хвастливостью и в то же время самобичеванием. Становится резко выраженным абстинентный синдром (яркие соматовегетативные нарушения, дистимии, дисфории, тревожные депрессии, нередко с суицидными мыслями). Начинают проявляться личностные изменения: заостряются характерологические особенности, усиливается раздражительность, огрубляются эмоции, разрушаются морально-этические барьеры. Появляются амнезии на отдельные периоды опьянения (*палимпсесты*).

В третьей стадии влечение к алкоголю становится для больного непреодолимым. Резко падает толерантность к алкоголю. Опьянение сопровож-

дается дисфорией, агрессивностью, легкой оглушенностью. Появляются амнезии на весь период опьянения. Абстиненция становится продолжительной (до 5–7 дней) и сопровождается резкими соматическими и неврологическими нарушениями, судорожными припадками. Прием алкоголя идет либо систематически, либо периодически в виде резко очерченных по времени запоев. Нарастает тяжелая личностная деградация с исчезновением эмоциональных привязанностей, чувства долга и ответственности, с циничностью и исчезновением чувства такта, бахвальством, с «алкогольным юмором». У больных снижается активность, ухудшается память. Происходит социальная деградация, разрушаются родственные отношения.

Алкоголизм в детском, подростковом возрасте и у женщин отличается злокачественностью течения и приводит к личностному регрессу уже через 2–3 года от начала систематической алкоголизации.

При хроническом алкоголизме возможно развитие различных алкогольных психозов.

Алкогольный делирий (белая горячка)

Обычно психоз развивается через несколько дней после прекращения алкоголизации. Появляется бессонница, наблюдаются резкие перепады настроения с постоянно нарастающим психомоторным возбуждением, тревожностью, общим тремором, отдельными иллюзорными эпизодами. Затем возникает делириозное помрачение сознания. Как правило, у больных при этом преобладают устрашающие, хаотично возникающие зрительные галлюцинации в виде мелких животных, насекомых, маленьких человечков, чертей и т. п. Пациенты

активно ведут себя по отношению к устрашающим галлюцинациям, поэтому их поведение становится опасным. По мере углубления помрачения сознания возможен «профессиональный делирий», при котором больные совершают однообразные, привычные для них профессиональные движения. Длительность делирия — от нескольких часов до нескольких суток. После прояснения сознания наступает астенический синдром с частичными воспоминаниями о галлюцинаторной фабуле.

Алкогольный галлюциноз

Алкогольный галлюциноз может быть острым и затяжным.

Острый галлюциноз продолжается от нескольких часов до нескольких дней. На фоне тревоги, расстройств сна появляются вербальные слуховые галлюцинации. Обычно слышимые больным голоса ругают, оскорбляют, дразнят его, угрожают ему. В соответствии с содержанием галлюцинаций появляются бредовые идеи преследования, обвинения, нарастает страх. Постепенно затухают и исчезают галлюцинации, спадает аффективная напряженность, редуцируются бредовые идеи.

Возможны затяжные галлюцинозы, продолжающиеся от нескольких месяцев до года. При этом в клинической картине болезни преобладают либо галлюцинации, либо бредовые идеи, либо аффективные нарушения в виде тревожной депрессии.

Вербальный галлюциноз может затянуться на много лет. В таких случаях содержание галлюцинаций связано с текущими обстоятельствами и прошедшими событиями. Часто для больных галлю-

цинаторные голоса неотличимы от реальных. Бредовая фабула, связанная с ними, обычно проста по сюжету, связанному с бытовыми моментами жизни больного.

Алкогольный параноид

На фоне расстройств сна и тревоги у больных может развиться острый бред преследования с убежденностью, что их замучают, убьют, зарежут и т. п. В словах окружающих пациенты иллюзорно улавливают угрозы в свой адрес.

Бред преследования обычно носит конкретный и ограниченный по фабуле характер. Психоз чаще продолжается от нескольких дней до нескольких недель, но может быть и более продолжительным.

Затяжной алкогольный параноид, как правило, монотематичен и нередко проявляется в виде интерпретативного бреда ревности. Постепенно бред систематизируется, становясь все менее правдоподобным.

Наркомании

Под наркоманией понимается непреодолимая потребность человека в систематических приемах наркотических средств для достижения чувства физического и психического наслаждения и для избежания тяжелого соматопсихического дискомфорта при отсутствии наркотического вещества.

При наркоманиях у больных формируется физическая и психическая зависимость от наркотика. Физическая зависимость проявляется в крайне тягостных соматовегетативных нарушениях в период абстиненции (при прекращении

приемов наркотического вещества). Психическая зависимость заключается в остром желании больного после приема наркотика вновь испытать ощущение психического подъема, удовольствия, удовлетворения или эйфории и в стремлении избежать чувства мучительного психического дискомфорта (при отсутствии наркотика). Особенности наркотического опьянения, проявлений абстинентного синдрома, физической и психической зависимости во многом зависят от разновидности наркотического вещества.

Часто, особенно среди детей и подростков, наблюдается злоупотребление психоактивными веществами ненаркотического круга с целью вызвать у себя психопатологические состояния (изменение ясности сознания, галлюцинации, эйфорию и пр.). Это явление называется токсикоманией. Больные применяют лекарственные препараты и вещества нелекарственного происхождения (например, ацетон, бензин, эфир и т. п.).

Наиболее типичны следующие варианты клинических проявлений действия наркотических и токсических веществ.

Действие препаратов конопли. После приема препарата появляется сухость во рту и чувство жажды. Нарастает моторное возбуждение, выражающееся в ощущении легкости тела и желании бегать и прыгать. Действия и вид окружающих людей вызывают у наркомана безудержный неадекватный смех и веселость. Появляется гиперестезия в виде обостренного восприятия звуков. Ассоциации становятся ускоренными, непоследовательными. Нарушается восприятие и оценка времени и пространства. Возникают иллюзии, визуализированные представления и галлюцинации (нередко эротического характера). Значитель-

но реже может появляться страх смерти, тревога, депрессии. По мере увеличения дозировки препарата и длительности употребления наркотика снижаются интеллектуальные возможности человека, ухудшается память, нарастает астения, развивается эмоциональная притупленность, появляются психопатоподобные изменения личности. Эпизодически могут возникать психозы, преимущественно с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой.

Действие препаратов морфия. После приема наркотика у больных появляются сухость во рту, головная боль, нарушения деятельности сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной систем, нарастает психомоторное возбуждение, эйфория, зрительные иллюзии. Через 1–2 часа после приема наркотика отмечается сонливость, вялость, адинамичность.

У наркоманов обычно быстро развивается физическая и психическая зависимость от наркотика — соматические изменения в организме становятся тяжелыми и необратимыми. Появляются признаки огрубления личности, изменения характера, притупляются эмоции, обедняются интересы, исчезают привязанности.

Действие препаратов кокаина. После приема наркотика возникают головокружение, головная боль. Затем развивается эйфория, отмечается ускорение течения мыслительных операций в сочетании с субъективным ощущением «прилива интеллектуальной энергии» и бурной деятельностью больного. Через 2–3 часа эта фаза действия наркотика сменяется резким снижением настроения, безразличием к окружающему, адинамией. Иногда появляются зрительные и слуховые галлюцинации.

Действие амфетаминов. Амфетамины, входящие в группу психостимуляторов, вначале вызывают чувство бодрости, повышение работоспособности, многоречивость. Затем зрительные образы могут стать неясными, расплывчатыми, нарастает психомоторное возбуждение, появляется паралогичность в суждениях. Иногда больные могут высказывать бредоподобные идеи преследования, проявлять агрессивность к окружающим. Возможно появление иллюзий и галлюцинаций. Длительный прием препаратов приводит к соматическим нарушениям, к дистрофии, расстройствам нервной системы очагового характера.

Действие галлюциногенов. Препараты эрготамин, психоцибин, диэтиламид лизергиновой кислоты и пр. при злоупотреблении могут вызывать у больных галлюцинации. Обычно эффект их действия начинает проявляться через 1–3 часа после приема. Может возникнуть эйфория, неадекватный смех, сменяющиеся переживанием тревоги, страха, бредовых идей отношения и преследования. Развивается гиперестезия, наблюдаются психосенсорные нарушения, расстройства восприятия времени и разнообразные иллюзии и галлюцинации. Длительность подобного рода расстройств после введения препарата — от нескольких часов до нескольких дней.

Токсикомании

Злоупотребление лекарственными и нелекарственными веществами ненаркотического спектра тоже приводит к психическим нарушениям как эпизодического (после приема), так и хронического типа.

Чаще всего больные используют препараты бытовой химии (растворители, красители, лак, клей, пятновыводитель, бензин и пр.). После вдыхания токсичных паров воникают психомоторное возбуждение, расторможенность, иногда агрессивность, головокружение, простые и сложные зрительные галлюцинации. Затем развивается сонливость, появляются расстройства координации движений, снижается мышечный тонус.

При токсикоманиях нередко уже через 4–6 месяцев отмечаются явные признаки регресса личности: исчезает чувство долга, снижается стремление к общению, сужаются интересы, падает активность и инициативность, ослабляется память, способность к устойчивой концентрации внимания, резко снижается работоспособность; больные манкируют учебой и работой, беспечно относясь к своему будущему. Интеллектуальные способности и результативность их деятельности снижаются.



ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

При сотрясениях, ушибах и проникающих ранениях головного мозга психические нарушения наблюдаются в острый, подострый и в отдаленный периоды после травмы.

Острый период, в зависимости от тяжести повреждения мозга, может продолжаться от нескольких секунд до нескольких недель. В этот период наиболее характерными из психопатологических проявлений являются расстройства сознания в виде оглушенности, сопора, комы, сумеречного состояния сознания и делириозного синдрома. На фоне нарушенного сознания или после его прояснения может возникнуть эпилептический припадок.

Вслед за прояснением сознания выявляется неврологическая симптоматика, свидетельствующая о локальных поражениях головного мозга,— параличи, парезы, гиперкинезы, нистагм, расстройства зрения, слуха, апракто-агностические нарушения, афазии, расстройства функций вегетативной нервной системы.

Помимо неврологической симптоматики, при психодиагностике преимущественной локализации поражения головного мозга имеет высокую значимость анализ степени нарушения высших психических функций.

Полное разрушение затылочного полюса коры в обоих полушариях мозга ведет к слепоте. Разрушение зрительного поля в одном полушарии приводит к выпадению полей зрения с противоположной от поражения стороны (*контрлатеральной гимианопсии*). Частичное поражение данной зоны порождает возникновение скотом. Обширное одно-

стороннее поражение затылочной области за пределами узко ограниченного зрительного поля приводит к игнорированию больными одной стороны зрительного поля. Узко ограниченное повреждение зрительной области в обоих полушариях вызывает зрительную агнозию с затруднением или невозможностью узнавания предметов и их изображений на рисунках и фотографиях. Как правило, больные выделяют при восприятии только один признак предмета, затрудняясь в синтезе целостного образа объекта. В более легких случаях повреждений отмечается затруднение узнавания предметных изображений, показываемых пациентам в осложненных для восприятия вариантах и условиях (контурные, пунктирные, перечеркнутые, перевернутые изображения или предъявляемые в короткие промежутки времени). Рисунок больных распадается: они изображают лишь отдельные части предметов, будучи не в состоянии синтезировать элементы в целое.

При поражении задней центральной извилины наблюдаются тактильные нарушения. Особенно трудно дается пациентам распознавание двух одновременно действующих тактильных раздражителей. При повреждении нижних теменно-затылочных отделов головного мозга появляются затруднения в восприятии пространственных отношений и ориентировке в пространстве (расстройства ориентировки в правой-левой стороне, нарушения симультанного праксиса позы, конструктивная апраксия, пальцевая агнозия, расстройства чтения и воспроизведения букв из-за затруднений в анализе их оптико-пространственных характеристик). Наблюдается нарушение счетных операций, так как больные изображают числа зеркально, затрудняются в определении разрядов числа, в счете с перехо-

дом через десяток, путают математические знаки сложения, вычитания, умножения и деления. Возникают затруднения в понимании часто употребляемых в математических задачах выражений «на (во) столько-то раз больше или меньше». Больные испытывают трудности в понимании ряда логико-грамматических конструкций (с использованием предлогов и флективных беспредложных оборотов речи типа «брат отца» и «отец брата»). Следует иметь в виду, что симптоматика поражения нижней теменно-затылочной области при нарушениях доминантного и субдоминантного полушарий различна.

При нарушениях в левом доминантном полушарии возникает расстройство схематичных представлений о пространственных отношениях. Затруднено называние и понимание слов, обозначающих пространственные категории. Могут отмечаться аграмматизмы в речи. Встречаются явления амнезии слов как при назывании предметов, так и в потоке спонтанной речи (при этом подсказка начального слога облегчает больным припоминание забытого слова).

При поражении субдоминантного полушария возникает симультанная агнозия (неспособность оценить смысл сюжетной картинки из-за фрагментарности восприятия пространственных отношений в изображаемой ситуации при сохранении возможности узнавания отдельных объектов). Часто в зрительном поле игнорируется противоположная пораженной половине мозга сфера восприятия. При грубых поражениях мозга возникает невозможность представления по памяти знакомой ситуации с пространственным расположением объектов. Иногда наблюдается апраксия одевания. Снижена скорость восприятия предметных изображений.

При поражении постцентральной области коры теменной доли головного мозга отмечается афферентная (кинестетическая) апраксия. Больные хорошо ориентируются в пространстве, но затрудняются при выборе тонких движений (застегивании пуговиц, шнуровании ботинок и т. п.). Нарушена организация движений без зрительного контроля. Возникает идеаторная апраксия (нарушение символических действий по представлению, например, пациенты не в состоянии показать, как пришивают пуговицу, пилят дрова и пр.). Может наблюдаться расстройство орального праксиса (невозможность с помощью губ, щек и языка выполнять по инструкции определенные движения).

Поражение нижних отделов постцентральной извилины приводит к афферентной (кинестетической) моторной афазии. Наблюдаются спутанность артикуляции, затруднения повторения определенной системы артикулем. Больные смешивают далекие по артикуляции звуки в устной речи и при письме. В то же время целые фразы они произносят легко и правильно.

Повреждение верхней височной области приводит к сенсорной афазии, к акустической агнозии. Пациенты не могут воспроизводить речевые ритмы в быстром темпе. Нарушен фонематический анализ и синтез слов. Возникает амнезия слов, причем подсказка начального слога не облегчает припоминания. Больные затрудняются в повторении слов и серий слов. При воспроизведении заданных слов они производят замены звуков (*литеральная парафазия*).

Повреждение средней височной области приводит к затруднению при повторении серий речевых звуков и слов. Появляются элементы персеверации звуков и слов. Наблюдаются замены слов близ-

кими по смыслу, но далекими по звучанию словами (*вербальная парафазия*).

Поражения задневисочной области доминантного полушария сопровождаются забыванием названий предметов и отчуждением смысла слов, обозначающих предметы. При зрительном восприятии больным трудно выделять фигуру из фона. Нарушается обобщенность восприятия предметов.

Если повреждается височно-затылочная область доминантного полушария, то наблюдается дефект обобщенного восприятия и называния букв. Забываются названия цветов (*цветовая амнестическая афазия*). Снижается скорость восприятия букв.

Поражение височной области субдоминантного полушария приводит к дефектам узнавания отдельных предметных изображений (фигур, букв, цифр). Возникает фрагментарность зрительного восприятия со склонностью дополнять фрагмент до целого по догадке. Нарушаются процессы запоминания зрительной информации и опознавания знакомых объектов.

Дефекты в височно-затылочной области субдоминантного полушария, помимо описанной выше симптоматики, вызывают расстройство узнавания лиц и иногда цветов. Снижается скорость восприятия предметных изображений и букв.

Повреждение премоторной области коры лобных долей головного мозга приводит к нарушениям сложных двигательных навыков, к появлению персевераций. Движения больных делаются неловкими, иногда появляются насильственные движения. Наблюдаются затруднения в реализации последовательно организованных двигательных серий. Осложняется переключение с одной двигательной формулы на другую. Больные с трудом выполня-

ют графические серии. Они путают порядок заданных им серий слов, порядок времен года, дней недели, месяцев, ошибаются в порядковом счете.

При поражении зоны Брока возникает моторная афазия. Нарушается плавность речи, расстраиваются сложные системы артикуляции. В тяжелых случаях больные не могут произнести даже отдельные звуки речи.

При повреждении зон мозга, расположенных впереди от областей Брока, развивается динамическая афазия. На фоне стертых расстройств экспрессивной речи страдает схема целого высказывания, вследствие чего больным трудно воспроизводить целые фразы.

Кроме описанных выше нарушений высших психических функций, при черепно-мозговых травмах различной локализации в подострый период обычно наблюдаются грубые нарушения памяти (разные виды амнезий), а в тяжелых случаях, особенно при повреждении срединных структур головного мозга, развивается корсаковский синдром расстройства памяти (все виды амнезий, конфабуляции и псевдореминисценции), что сопровождается дезориентировкой во времени, месте и ситуации.

В этот период у больных может наблюдаться депрессивный фон настроения. Они склонны гипертрофированно оценивать степень собственной патологии травматического генеза с тягостными переживаниями возможной инвалидизации. Нередко у больных в связи с этим возникают суицидные мысли и действия. Депрессия временами может сочетаться с эпизодами немотивированной тревоги или дисфории. Возникает ярко выраженная аффективная неустойчивость. Возможны эпизодически

или периодически повторяющиеся расстройства сознания (чаще по типу аментивной спутанности).

В дальнейшем на протяжении нескольких месяцев, а нередко и многих лет, у больных выявляются отдаленные последствия перенесенных травм черепа.

В этот период у пациентов может наблюдаться стойкий церебрастенический синдром, который выражается в высокой утомляемости при физических и психических нагрузках, в резко выраженной истощаемости произвольного внимания, гипомнезии. Больные плохо переносят душные помещения, жару, поездки в транспорте, жалуются на частые головокружения, головные боли. Они глубоко переживают заметное для них снижение работоспособности, проявляют эмоциональную неустойчивость, повышенную слезливость на фоне неглубокой депрессии.

Как правило, наблюдаются остаточные явления неврологической симптоматики очагового характера, до конца не исчезнувшие в подостром периоде. Это парезы, гиперкинезы, параличи, паркинсонические проявления, снижение функций зрения, слуха, явления дизартрии, афазии, дислексии, дисграфии, дискалькулии. Отмечаются апрактоагностические нарушения.

У больных могут повторяться судорожные припадки (травматическая эпилепсия). Характер приступов зависит от локализации поражения головного мозга вследствие перенесенной травмы черепа. В отдаленный после травмы период могут возникать психопатоподобные изменения личности. У больных нарастает аффективная неустойчивость, нетерпимость к возражениям, эгоцентричность. Аффекты их бурны, но нестойки. Снижается пластичность поведения и самокритичность.

Такие дети и подростки нередко совершают мелкие правонарушения, затевают бессмысленные и жестокие драки; взрослые больные часто становятся агрессивными в состоянии алкогольного опьянения. Иногда возникают патологические влечения в виде пиромании, клептомании, дромомании и дипсомании, сужается круг интересов.

Как следствие тяжелой черепно-мозговой травмы в отдаленный период может выявиться деменция. Заболевание обычно приводит к резкому ухудшению памяти. Произвольное внимание отличается либо патологической инертностью, либо чрезмерно повышенной переключаемостью, неконцентрированностью. Снижается способность к абстрактно-логическому мышлению.

Нередко перечисленные нарушения психической деятельности в отдаленном после черепно-мозговой травмы периоде сочетаются в различных пропорциях, что определяется как травматическая энцефалопатия.



ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

При опухолях головного мозга наблюдаются симптомы «универсального», общего характера и симптомы, зависящие от локализации опухолевого процесса.

Из общей симптоматики следует выделить нарастающие нарушения памяти, астенодепрессивный синдром, повышенную истощаемость произвольного внимания, снижение работоспособности. Появляется аффективная неустойчивость и в то же время снижается общая активность и интерес к окружающему. Возникают расстройства сна, появляются головные боли. Эпизодически развиваются нарушения сознания разной глубины, которые со временем принимают все более затяжной характер. Возможно появление галлюцинаций и отрывочных бредовых идей. Постепенно ослабевает способность к отвлеченному мышлению, исчезают интеллектуальные интересы, блекнет воображение. Могут появляться судорожные припадки. Нарастает неврологическая симптоматика, свидетельствующая об очаговом повреждении головного мозга, что подтверждается данными рентгенографии и томографии, электроэнцефалографии, анализа спинномозговой жидкости.

При локализации опухоли в базальной части лобной доли головного мозга обычно у больных наблюдается вспыльчивость и аффективность, несдержанность в сочетании с расторможенностью влечений, нарушение чувства дистанции и такта во взаимоотношениях с окружающими. У пациентов нередко отмечается снижение инициативы и целеустремленности на фоне эйфорической окраски настроения или синдрома мориа. При росте опу-

холи из базальных отделов в межуточный мозг замедляется темп мышления, появляются явления амнезии, нарастает вялость и сонливость.

Если опухоль располагается в лобно-височных отделах головного мозга, то на фоне психоорганического синдрома возникают периоды нарушения сознания разной глубины, появляется бредовой или галлюцинаторно-бредовой синдром. При вовлечении в опухолевый процесс зоны Брока отмечаются речевые нарушения (преимущественно в виде моторной афазии).

При опухолях центральной зоны появляются апракто-агностические нарушения, расстройства чувствительности, явления афазии. Часто у больных возникает судорожный синдром. Наблюдаются эпизоды психосенсорных нарушений.

Рост опухоли в височной доле головного мозга нередко сопровождается слуховыми, зрительными, обонятельными и вкусовыми галлюцинациями, явлениями дереализации и деперсонализации, приступами расстройства сознания (чаще сумеречного типа) в сочетании с галлюцинаторными и психосенсорными расстройствами, с явлениями двигательных автоматизмов. По мере роста опухоли нарастают признаки сенсорной афазии.

При опухолях, локализующихся в затылочной области мозга, появляются головные боли, судорожные припадки, простые и сложные зрительные галлюцинации, выпадения полей зрения по типу гемианопсии.

Опухоли стволовых отделов мозга вызывают у больных сонливость, апатичность, замедление темпа психической деятельности, корсаковский синдром расстройства памяти. Возможны состояния оглушенности или аментивной спутанности сознания с двигательным ступором.

При опухолях мозжечка у пациентов возникают мучительные, резкие головные боли, расстройства равновесия, атаксия, нарушения зрения, изменения ясности сознания (чаще по типу сумеречного состояния).

Таким образом, следует отметить, что в клинической картине опухолей любой локализации у больных всех возрастов наблюдается постепенное утяжеление симптоматики с нарастанием психопатологических и неврологических нарушений, с формированием выраженного психоорганического синдрома.



ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия — это хроническое нервно-психическое заболевание с прогредиентным течением, с приступообразными повторяющимися расстройствами сознания или настроения, с судорогами или без судорог, сопровождающееся специфическими изменениями личности. При неблагоприятных вариантах течения заболевания постепенно нарастает эпилептическая деменция.

В зависимости от причин, вызывающих эпилепсию, ее подразделяют на генуинную (наследственно обусловленную) и симптоматическую (вызванную органическим поражением головного мозга).

Группа поврежденных нейронов головного мозга, служащая источником патологической биоэлектрической активности и запускающая механизм эпилептического приступа, называется эпилептогенным очагом, который обычно четко регистрируется на электроэнцефалограммах больных.

В соответствии с характером эпилептических приступов выделяют ряд форм заболевания.

Эпилепсия с большими судорожными припадками

Момент начала распространения патологического возбуждения нейронов за пределы эпилептогенного очага сопровождается разнообразными психопатологическими явлениями и называется аурой. Характер ауры зависит от локализации эпилептогенного очага в мозгу, то есть от того, нейроны какого анализатора будут вовлекаться в патологическое возбуждение.

Наиболее частыми являются соматовегетативные ауры с неприятными ощущениями тепла в подложечной области, тошноты, дурноты (эпигастральная аура). Ауры с неприятными ощущениями в области сердца, тахикардией, потливостью, чувством страха называются кардиальными аурами.

Ауры могут быть сенсорными и сопровождаться гиперестезией, парестезиями, сенестопатиями, галлюцинациями.

Встречаются моторные ауры в виде непроизвольных движений какой-либо части тела или в более сложном варианте — в виде произнесения однотипных слов или фраз.

Психические ауры проявляются в виде внезапных изменений настроения — эйфории, экзальтации, депрессии или дисфории, а также в виде нарушений сознания по типу онейроидного, делириозного или так называемых особых состояний сознания с переживаниями явлений «уже виденного», «никогда не виденного», дереализации.

Лишь психические ауры могут быть длительными (от нескольких минут до нескольких часов или дней). Ауры других видов продолжаются, как правило, несколько секунд. Об аурах у больных остаются достаточно четкие воспоминания.

Вслед за аурой больные теряют сознание. Глубина помрачения сознания достигает уровня сопора или комы. Человек падает и не реагирует ни на какие внешние раздражители. Начинается фаза тонических судорог — происходит сокращение поперечно-полосатых мышц тела, прекращаются дыхательные движения, краснеет лицо. Длительность тонических судорог — 30–40 секунд.

Затем начинается фаза клонических судорог, когда различные группы мышц попеременно сокращаются и расслабляются. Выделяется густая, пенистая слюна. Возможны прикусы языка. Длительность клонической фазы приступа — 1–2 минуты.

Вслед за клоническими судорогами возникает послеприпадочное нарушение сознания (обычно в виде оглушенности с сонливостью) длительностью 1–2 часа. На все фазы судорожного припадка, кроме ауры, у больных развивается амнезия.

Приступы могут повторяться в любое время суток и с разной частотой (от одного припадка за несколько лет до многих приступов за одни сутки). Может развиться так называемый эпилептический статус, когда приступы следуют один за другим и в промежутках между ними сознание не проясняется, что является жизненно опасным. К статусам особенно склонны больные детского возраста. Кроме того, преимущественно у детей наблюдаются абортивные эпилептические приступы, при которых представлены не все компоненты судорожного припадка, а, например, только тонические или только клонические судороги или одна аура.

Эпилепсия с малыми припадками

Самым распространенным вариантом малых припадков является абсанс (от *фр.* absens — отсутствующий). Чаще всего такие приступы начинаются в 4–5 лет. Они проявляются в кратковременном и глубоком помрачении сознания, когда больные не падают, а застывают в одной

позе. Лицо при этом краснеет или бледнеет, глаза устремлены в одну точку и не мигают. Больные роняют предметы из рук, на раздражители не реагируют. Длительность такого приступа — 20–40 секунд. Частота их — от 5 до 10 в день. О приступах больные ничего не помнят. На электроэнцефалограммах во время приступа регистрируются комплексы высоковольтных пиков и следующих за ними медленных волн с частотой 3 в секунду.

Разновидностью малых припадков являются пропульсивные приступы. Они характеризуются кратковременным и глубоким помрачением сознания с судорожным разрядом в мышцах шеи (больные рывкообразно несколько раз наклоняют вперед голову, совершая «кивки») или в мышцах шеи и верхнего плечевого пояса (больные при этом резко наклоняются вперед, выбрасывая вперед руки,— приступы типа «клевков»). Длительность приступов — от 15 до 30 секунд, частота их — от 5 до 10 в день. Начинаются припадки чаще в возрасте от 1 года до 2 лет.

К пропульсивным малым припадкам относятся и так называемые «салаамовы поклоны». На фоне кратковременного и глубокого помрачения сознания больные резко сгибают туловище вперед, разводя руки в стороны или прижимая их к груди. Частота приступов колеблется от 5 до 10 в день. Обычно они начинаются у детей в возрасте 3–4 лет.

Импульсивные малые припадки характеризуются кратковременным и глубоким помрачением сознания с резкой утратой тонуса мышц, что приводит к внезапному падению больных (астатические припадки), либо они протекают в форме миоклонических вздрагиваний (многократное резкое пе-

редергивание плечами на фоне глубокого помрачения сознания). Количество астатических приступов — 5–10 в день; начинаются они в возрасте 1,5–2 лет. Миоклонические приступы начинаются обычно с 12–15 лет и наблюдаются с той же частотой, что и остальные малые припадки.

Ретропульсивные малые припадки проявляются в виде пикнолептических абсансов. Это кратковременные и поверхностные изменения ясности сознания, во время которых люди либо застывают в одной позе, либо продолжают, но неправильно, то действие, которое выполняли до приступа. Лицо при этом бледнеет или краснеет, глазные яблоки отводятся кверху, наблюдается ритмичное моргание и ритмичное, с небольшой амплитудой, постепенное отведение головы назад. Во время приступа больные слышат речь окружающих людей, реагируют на болевые раздражители.

Длятся пикнолептические абсансы обычно 5–15 секунд, частота их — 30–50 в день. Начинаются такие приступы в возрасте 5–6 лет и наблюдаются, как правило, у невротичных детей грацильного телосложения.

Диэнцефальная эпилепсия

При локализации эпилептогенного очага в диэнцефальной области мозга у больных развиваются диэнцефальные приступы. Они проявляются в виде поверхностных нарушений сознания, нередко с явлениями дереализации, «уже виденного», «никогда не виденного» и с многообразными соматовегетативными расстройствами: озноб, обильный пот, рвота, тахикардия, дисфункция кишечника, обильное мочеиспускание, резкий подъем

температуры тела и пр. Приступ обычно сопровождается чувством страха. Длительность приступа — 10–15 минут. После приступа наступает ощущение физической слабости, вялости. Частота таких приступов — 1–2 раза в неделю. Начинаются они после 3 лет и всегда мучительно переживаются больными.

Эпилепсия с психомоторными приступами

При локализации эпилептогенного очага в височной доле и премоторной области мозга могут возникать психомоторные припадки. Они заключаются в выполнении больными на фоне сумеречного состояния сознания элементарных автоматизированных действий (например, человек озирается по сторонам, закрывает голову руками и т. п.). Нередко при сумеречном расстройстве сознания наблюдаются приступы неудержимого смеха или плача. Длительность этих приступов — 3–5 минут.

Эпилепсия с психосенсорными приступами

Если эпилептогенный очаг находится в теменной и височной областях мозга, то часто развиваются психосенсорные приступы. Они протекают на фоне неглубоких помрачений сознания с нарушениями восприятия формы, величины, количества и локализации в пространстве предметов и собственных частей тела. Длительность таких приступов — 2–3 минуты. У больных остаются воспоминания о характере расстройств восприятия во время приступа. Психосенсорные и психомоторные припадки наблюдаются у детей начиная с дошкольного возраста.

Эпилептические приступы с сумеречным сужением поля сознания могут развиваться во время сна; больные при этом могут произносить какие-либо однотипные фразы или совершать действия — ходить по комнате, передвигать мебель и пр. Такие приступы называют сноговорением и снохождением.

Эпилепсия с психическими эквивалентами

Приступы, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней и проявляющиеся либо в сумеречном состоянии сознания со сложными формами поведения, с галлюцинаторно-бредовыми включениями, либо в нарушениях настроения типа дисфории, экзальтации или депрессии, называются психическими эквивалентами.

Изменения личности больных

Эпилепсия, как было сказано в определении, характеризуется не только приступами, но и постепенно прогрессирующими нарушениями личностного плана. Изменяются свойства темперамента человека — появляется выраженная инертность нервных процессов, отмечается сила и взрывчатость процесса возбуждения нейронов головного мозга. Меняется характер человека. Больным свойственны аккуратность, тщательность в выполнении любого дела, мелочность, доходящая до педантизма. Любовь к порядку гипертрофирована и проявляется в делах, в манере одеваться, располагать свои вещи, планировать распорядок дня, совершать покупки и т. д. Пациенты обычно неторопливо обдумывают события и так же неторопливо действу-

ют. Однако под влиянием аффекта они могут быть безудержными в своих поступках. К людям относятся двойственно: с одной стороны, больные угодливы и льстивы до слащавости, обращаются к окружающим с обилием в речи ласкательных и уменьшительных суффиксов, но, с другой стороны, они же могут быть злопамятными, мстительными и жестокими. С течением времени углубляется эгоизм и эгоцентризм больных.

Постепенно снижаются интеллектуальные возможности. Мышление становится вязким, обстоятельным, что затрудняет решение проблемных ситуаций. Нарастают дефекты памяти — отмечается амнезия слов, снижение объема кратковременной памяти, ослабление способности к удержанию и воспроизведению информации. Меняется речь: если в начале заболевания на фоне обстоятельности наблюдалась многоречивость с синтаксической перегруженностью фраз, с избытком глагольных форм, предложных конструкций, причастий и деепричастий, то постепенно словарь больных беднеет — уменьшается количество существительных, прилагательных, наречий. Возникает явление олигофазии (малословия), что резко затрудняет общение пациентов. Нарастает деменция.

Мотивы поступков с течением времени все больше подчиняются эгоцентрической установке. Больные фиксированы на всем, что касается их здоровья, жизни и успеха. Инстинкты и желания проявляются бурно, страсть не контролируется и не сдерживается, нередко проявляясь в поступках, наносящих вред окружающим.

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ

Данное заболевание относится к группе эндогенных (наследственно обусловленных) и проявляется в последовательной смене депрессивных и маниакальных состояний разной степени выраженности, в промежутках между которыми психопатологические проявления не регистрируются. Заболевание редко начинается раньше подросткового возраста. Длительность психотических фаз у больных колеблется от нескольких недель до нескольких месяцев. «Светлые» промежутки могут продолжаться от нескольких недель до многих лет.

Кроме биполярного течения заболевания с чередованием синдромов, возможно монополярное течение с преимущественным возникновением только депрессивных или только маниакальных состояний.

Эндогенная депрессия характеризуется рядом типичных симптомов. Основу синдрома составляет подавленное настроение, происхождение которого больным непонятно; оно возникает вне связи с какими-либо существенными психотравмирующими обстоятельствами и выражается в невыносимой, мучительной тоске, которая особенно резко усиливается в утренние часы, несколько ослабляясь к вечеру. У пациентов постоянная мимика скорби и унылая, скорбная поза.

Другим признаком эндогенной депрессии является двигательная заторможенность вплоть до двигательного ступора. Больные подолгу находятся в одной позе. Их движения скупы, медлительны. Они подолгу сидят или лежат с выражением глубокого страдания на лице, глядя в одну точку.

Третьим признаком эндогенной депрессии является замедление процессов мышления и речи. Больные медленно включаются в ситуацию, медленно анализируют события. У них тихий голос, немногословная слабомодулированная речь, с длинными паузами между словами и фразами.

Кроме этих трех симптомокомплексов («триады депрессии»), наблюдаются и другие признаки патологии. У пациентов обнаруживаются соматовегетативные нарушения в виде брадикардии, отсутствия аппетита, запоров, падения веса тела, бессонницы. Они высказывают бредовые идеи самообвинения, самоуничижения, суицидные мысли. Иногда на высоте депрессивных переживаний возникает синдром психической деперсонализации. Временами возможны периоды меланхолического раптуса, когда больные мечутся, кричат, рвут на себе одежду, бьются головой о стены, обвиняя себя в страшных грехах перед человечеством.

У некоторых пациентов, особенно в детском возрасте, психопатологические проявления депрессии могут быть минимальными, но соматовегетативные нарушения остаются выраженными и занимают ведущее место в клинической картине. Такая депрессия называется ларвированной.

Маниакальная фаза психоза проявляется следующим образом. Настроение устойчиво держится на уровне переживания неуемной солнечной радости. Отдавая себе отчет в беспричинности приподнятого настроения, больные тем не менее довольны всем происходящим, много шутят, смеются, при этом их шутки обычно остроумны и веселость достаточно заразительна для окружающих.

Вторым признаком маниакальной фазы является повышенная двигательная активность, доходящая до неуемности. Больные непрерывно куда-то

стремятся, что-то делают, одновременно пытаясь реализовать сразу множество дел, внося хаос и сумятицу в жизнь окружающих людей. Движения их порывисты, быстры, легки.

Третий признак — ускорение темпа мышления и речи. Больные говорят громко, много и быстро. Мышление ускорено нередко до явлений скачки идей. Ассоциации возникают легко, быстро и носят нередко поверхностный, случайный характер, но в силу этого суждения таких людей бывают достаточно оригинальны и остроумны.

Кроме того, у больных с маниакальным синдромом наблюдаются бредовые и бредоподобные идеи величия. Соматовегетативные изменения выражаются в ускоренном сердцебиении, подъеме артериального давления, повышенном аппетите, укороченном сне. Больные гиперсексуальны, без чувства дистанции и такта. В детском и подростковом возрасте больные воспринимаются более примитивными. Они психомоторно расторможенны, циничны, эротичны, без чувства дистанции со взрослыми, нередко с элементами раздражительности, что больше свойственно так называемой гневливой мании.

Несмотря на достаточно хорошие, «светлые» промежутки между приступами психоза, с течением времени фазы нередко становятся более длительными. Отмечается и склонность к обострению заболевания в весенний и осенний периоды.



ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения — эндогенное заболевание, проявляющееся преимущественно в характерных для него нарушениях мышления, эмоций и воли, сопровождающееся специфическими изменениями личности, протекающее непрерывно или приступообразно в течение многих лет; начаться может в любом возрасте.

Шизофрения может развиваться медленно, непрерывно, в течение многих лет едва проявляясь,— так называемая вялотекущая шизофрения. Она может протекать медленно, но с периодически наступающими обострениями клинических проявлений. Нередко наблюдается приступообразное течение с промежутками улучшения, называемыми ремиссиями. Встречаются и крайне неблагоприятные варианты течения в виде острого непрерывного болезненного состояния, приводящего за несколько месяцев к выраженному психическому дефекту. Бывает так называемая гипертоксическая шизофрения, характеризующаяся высокой температурой и по клинической картине напоминающая энцефалит.

Однако, независимо от темпа течения болезни и возраста больных, можно выделить наиболее типичные для шизофрении расстройства мышления, эмоций и воли.

Нередко в начале заболевания у больных появляется своеобразная склонность к символике в мышлении, которая придает оригинальность и нестандартность их высказываниям, побуждает их к поэтическому и художественному творчеству. Занимаясь творчеством, такие люди стремятся к схематизации, к совмещению несовместимых деталей; их символика в живописи поражает сведе-

нием в единую композицию противоположных начал (жизнь и смерть, добро и зло, любовь и ненависть и пр.).

Кроме символики, в мышлении больных регистрируется выраженное резонерство: они зачастую в любых обстоятельствах с полемическим задором пускаются в бесконечные пустые споры, даже не обладая минимумом знаний о предмете обсуждения, или начинают писать «научные трактаты» эстетической, философской и социальной направленности, несмотря на то что образование их может не превышать 8 классов школы.

Экспериментально-психологическое обследование позволяет выявить в мыслительных операциях больных тенденцию к актуализации нестандартных, латентных признаков предметов и явлений (допустим, объединение в одну группу двух предметов: ботинка и карандаша, так как «внутри ботинка продет шнурок, а внутри карандаша — грифель»).

Достаточно характерно для шизофрении появление у больных сверхценных и бредовых идей разного содержания. Довольно часто наблюдается бред двойников, при котором в незнакомых людях по отдельным репликам, жестам, вздохам и т. п. они «узнают» своих близких и знакомых, а родственники и знакомые, наоборот, представляются больным «замаскированными» и «загримированными» под родственников посторонними людьми. Встречается у таких людей и бред метаморфозы, когда больные себя оценивают одновременно как бы в двух лицах, и бред интерметаморфозы, когда окружающая обстановка трактуется такой, какая она есть на самом деле, и в то же время воспринимается как «подделка» под реальность, некая «скрытая игра».

Нередко больные жалуются на обрывы мысли, при которых они как бы забывают то, о чем только что думали, ощущают пустоту в голове. Возникают и наплывы мыслей — одновременное насильственное вторжение разнообразных по содержанию мыслей, что делает невозможным продуктивность мышления. Появляются персеверации отдельных слов и фраз. Кроме того, возникают переживания «открытости» собственных мыслей и чувств (все люди слышат и «узнают» их мысли и желания), явления «овладевания» (посторонние люди «вкладывают в них чужие мысли и желания, управляя их поведением»). Такого рода симптоматика в комплексе формирует синдром психического автоматизма.

Наконец, наиболее грубым вариантом дезорганизации мышления у больных является его разорванность — разрушаются логические связи вначале между отдельными умозаключениями, затем между отдельными фразами и наконец внутри фразы между словами при относительной сохранности закономерностей языковых отношений в высказываниях.

Из эмоциональных нарушений в начале заболевания нередко отмечается своеобразная повышенная ранимость и чувствительность к событиям, которые непосредственно пациента или его родных не касаются,— больной длительно переживает события, описанные в книге или показанные в кинофильме, может внезапно помочь в беде незнакомому человеку, но проявляет удивительное равнодушие, если горе случается с близким ему человеком. Часто на дистанции он выражает к кому-то бурные чувства, а при непосредственном общении обнаруживает безразличие и холодность.

Нередко наблюдается амбивалентность чувств по отношению к людям и ситуациям: безразличие и интерес, любовь и презрение, радость и огорчение и пр.

Ярко проявляет себя в различных ситуациях неадекватность эмоций больных. Они смеются и веселятся, когда случается горе, сердятся и проявляют агрессивность, когда вокруг все радуются. При этом их мимика часто носит парадоксальный характер, например, больной подходит к кому-то с бранью, а на его лице выражение нежности и умиления, либо глаза выражают грусть, а рот расплывается в широкой улыбке и т. д.

Характерным для шизофрении расстройством является эмоциональная тупость. Больные утрачивают способность к тонким переживаниям и выражениям чувств при достаточно сохранных элементарных эмоциональных реакциях, что делает контакт с окружающими формальным.

Волевая активность таких людей на первых этапах заболевания нередко достаточно высокая и направлена преимущественно на реализацию каких-либо односторонних интересов, увлечений, сверхценных и бредовых идей. В других сферах деятельности волевая активность, инициативность, способность к преодолению трудностей обычно невысоки. Однако по мере развития заболевания постепенно падает и односторонне направленная волевая активность. Появляются и нарастают элементы кататонической симптоматики — персеверации, стереотипии, эхосимптомы, элементы кататонического ступора. Прогрессирует абулия в виде бездеятельности и безынициативности больных.

При вялотекущем шизофреническом процессе названные проявления нарушения мышления, эмо-

ций и воли могут постепенно усиливаться. При острых приступах заболевания описанная симптоматика представлена как бы в сгущенном виде в течение короткого промежутка времени. В таких случаях больные перестают понимать, что происходит вокруг и с ними самими, появляются растерянность, страх, ужас, паника, смятение. Возникает сплав противоречивых чувств, двойственность суждений, желаний, сочетающихся с ощущением катастрофы.

В зависимости от ведущего психопатологического синдрома в клинической картине болезни выделяют параноидную, гебефреническую, кататоническую и простую формы шизофрении.

При *параноидной форме* болезни на первом плане оказываются нарушения мышления в виде бредообразования. Болезнь начинается преимущественно в юношеском возрасте и в первой половине зрелого периода жизни. Развивается она чаще медленно, непрерывно, с периодическими обострениями. На первых этапах болезни сверхценные и бредовые идеи нередко правдоподобны, и окружающие расценивают их как одержимость или чудачество. Этот начальный этап носит название паранойяльного. Кроме бреда у больных выявляется склонность к излишней детализации в мышлении, нестандартность ассоциаций, патологический символизм.

Следующий этап данной формы шизофрении называется параноидным. Бредовые идеи начинают носить разнообразный и все более нелепый по содержанию характер. Они, как правило, систематизируются в единую бредовую концепцию. Наблюдаются отрывочные иллюзии и галлюцинации (обычно слуховые псевдогаллюцинации). Появляется синдром психического автоматизма. Мышле-

ние начинает носить резонерский характер с неологизмами, персеверациями, паралогическими соскальзываниями, наплывами и обрывами мыслей. Развивается эмоциональная холодность. Однако больной длительное время сохраняет способность к правильной бытовой ориентировке, профессиональные навыки.

Третий этап течения параноидной формы шизофрении называется парафренным. Бредовые идеи больных приобретают гротескно-абсурдный характер. Чаще всего бредовые идеи величия сочетаются с бредовыми идеями преследования. В контексте бреда возникают галлюцинации, могут быть конфабуляции. Постепенно усиливается разорванность мышления, утяжеляется абулия, резко обозначается эмоциональная тупость.

Другая форма шизофрении — *гебефреническая*. На первое место в клинической картине выдвигаются эмоциональные нарушения. Начинается заболевание чаще в подростковом и юношеском возрасте. Протекает обычно приступообразно и достаточно быстро приводит к выраженному психическому дефекту. Приступ болезни сопровождается приподнятым настроением, дурашливостью, неадекватными и неуместными ужимками, гримасничаньем, вычурностью походки, жестов и мимики. В высказываниях больных звучат отрывочные бредовые идеи, появляются элементы разноплановости и разорванности суждений. Отмечаются галлюцинаторные эпизоды. С повторением приступов довольно быстро нарастает разорванность мышления, эмоциональная тупость и абулия.

Еще одна форма шизофрении — *кататоническая*. Двигательно-волевые нарушения определяют основные проявления заболевания. Болезнь начи-

нается в любом возрасте. Течение ее чаще приступообразное. У больных развивается кататонический ступор с мутизмом. Наблюдается симптом «воздушной подушки», явления каталепсии, стереотипии слов и движений, эхосимптомы, негативизм. Эпизодически возникают галлюцинации, отмечаются бредовые высказывания. Наблюдается эмоциональная амбивалентность и неадекватность. Нарастают разорванность мышления, эмоциональная тупость и абулия.

При *простой форме* шизофрении характерные для болезни нарушения мышления, эмоций и воли наблюдаются примерно в равных пропорциях, причем быстро начинает преобладать негативная симптоматика. Течение этой формы болезни может быть как непрерывно-прогредиентное, так и приступообразно-прогредиентное. При непрерывном течении медленно нарастает абулия, развивается эмоциональная тупость, мышление утрачивает продуктивность, принимая форму резонерства с элементами разорванности. Окружающие длительное время расценивают все эти проявления как лень, выражение скуки и отсутствие интересов. Когда же признаки болезни становятся заметными для всех, психический дефект оказывается уже достаточно глубоким. Острый же приступ болезни сопровождается растерянностью, разорванностью мышления, отрывочными бредовыми высказываниями, галлюцинациями, элементами кататонического синдрома, эпизодами безотчетного страха, тревоги, эмоциональной напряженности и растерянности. По мере повторения приступов быстро нарастают разорванность мышления, абулия и эмоциональная тупость.

Особенностью психического дефекта при шизофрении, в отличие от деменции при органическом

поражении головного мозга, является не только его структура, но и относительная обратимость. Совершенно неожиданно у людей с многолетними признаками такого дефекта может временно наступать резкое улучшение, при котором упорядочиваются мышление и речь больных, они неплохо ориентируются в ситуации, обнаруживают сохранность прошлых знаний, проявляют определенный интерес к происходящему. К сожалению, такие эпизоды неожиданного улучшения бывают редкими и кратковременными.

Таким образом, и в характере нарушений психических процессов, и в своеобразии дезинтеграции личности больных шизофренией обнаруживаются черты расщепления психики. Из нарушений мышления к явлениям расщепления можно отнести неопределенность и двойственность оценки такими людьми значений слов, фраз и действий окружающих, как бы несовпадение и противоречивость «явного» и «замаскированного» смысла, что порождает двойственную ориентировку в окружающем: обстановка трактуется одновременно такой, как в реальности, и как подделка под нее со скрытым смыслом; это и двойная ориентировка в окружающих людях, проявляющаяся в бреде и иллюзиях двойников, и двойная ориентировка в собственной личности (бред метаморфозы). К явлениям расщепления относятся и признаки синдрома психического автоматизма, при котором человек чувствует себя как бы марионеткой в чужих руках, материальным носителем чужих, «вложенных» в него мыслей, чувств и желаний, и убежден в том, что таким образом через него действует кто-то посторонний, полностью овладевая и управляя им.

Расщепление в сфере эмоций проявляется в виде амбивалентности переживаний, несоот-

ветствия выражения эмоций характеру переживаний.

Расщепление волевых процессов у больных выражается в явлениях амбитендентности, в наличии достаточно высоких интеллектуальных возможностей и в то же время отсутствии реализации этих возможностей в конкретных обстоятельствах.

Наконец, расщепление психики просматривается и в характере психического дефекта больных — в его необычной относительной обратимости.

У детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста шизофрения может протекать с кататонической, гебефренической симптоматикой или в простой форме. Параноидная форма заболевания в этих возрастных группах встречается как казуистика. В целом же проявления заболевания у детей имеют ряд особенностей.

Часто шизофрения начинается у детей, несколько опережающих сверстников в своем психическом развитии. Обычно это особенно заметно на состоянии их вербального развития. Уже в 1,5 года у них хорошо развита фразовая речь. В 2–2,5 года малыши знают много сказок, стихотворений, проявляют осведомленность в области истории, географии, биологии, нередко уже умеют читать, писать и считать. Они поражают окружающих тем, что в четырехлетнем возрасте обладают энциклопедическими познаниями в какой-либо интересующей их области, причем, как правило, родители специально не прикладывают к этому никаких усилий — дети самостоятельно достают соответствующую литературу, направленно слушают радио, смотрят телепрограммы. Многие ребята неплохо пишут стихи, рисуют и сочиняют работы по изучаемому вопросу.

Игры таких детей носят нередко однообразный и необычный характер: например, в течение многих месяцев они играют только в телеграф, или в железную дорогу, или в строительство канала и т. п. Их рисунки тоже отражают область их увлечений и обычно редко выходят за пределы избранного сюжета. Такая же однотипность и глубокая вовлеченность в монотематичность наблюдается у малышей в их образном фантазировании. Они могут ежедневно по многу часов предаваться мысленным играм в области избранных интересов, причем прервать эти занятия, переключить их на что-то другое чрезвычайно трудно — дети сердятся, протестуют, кричат.

Во время игр ребята зачастую обнаруживают двигательные стереотипии в виде однообразного подпрыгивания, трясения руками, кручения веревок, бумажек, тряпок, других предметов, но, когда взрослые пытаются пресечь эти действия, им это не удается.

Наряду с высокоразвитым вербальным интеллектом у подобных детей отмечается неловкость мелкой моторики, неуклюжесть и угловатость движений.

Нередко, обладая достаточно высоким интеллектом, своеобразно развитыми отдельными способностями, обширной осведомленностью в конкретных областях знаний, ребята, тем не менее, плохо учатся в школе, ибо совершенно не проявляют интереса к занятиям, не реализуют в необходимой практической деятельности свой богатый духовный потенциал.

Обращает на себя внимание и своеобразие их эмоциональных реакций. Обладая повышенной впечатлительностью, что проявляется в бурных слезах при просмотре драматических эпизодов

кинофильмов, прочтении о грустных событиях в книгах и многократных воспоминаниях об этих эпизодах в дальнейшем, они проявляют удивительную холодность и черствость по отношению к своим родителям либо обнаруживают гипертрофированную симбиотическую связь с одним членом семьи.

Иногда начало заболевания проявляется у детей в виде так называемых зарниц шизофрении в раннем возрасте. Они характеризуются внезапным, без видимой внешней причины, безотчетным страхом, элементами кататонического синдрома, расстройствами сна, которые могут продолжаться от нескольких часов до нескольких дней, после чего дети ведут себя как обычно, и лишь через несколько лет после этого разворачивается клиническая картина заболевания.

На первых этапах болезни часто резко меняется отношение больного к родным — он начинает проявлять необъяснимую ненависть к людям, которых любил прежде. Резко усиливается погруженность ребенка в мир его фантазий и игр, он перестает рассказывать о содержании этих фантазий даже при настойчивых просьбах родителей. Снижается активность и инициативность. Нарастает количество двигательных стереотипий. Некогда яркая и продуктивная речь больного постепенно становится выхолощенной, резонерской. Блекнет и делается монотонным то творчество, которое в прошлом носило для ребенка сверхценный характер, и постепенно интерес к нему утрачивается. В речи больного появляются атактические замыкания, паралогические соскальзывания, разорванность.

При резком обострении болезни развиваются тревога, страх, появляются галлюцинации, возника-

ют навязчивые мысли и действия, бредоподобные фантазии. На фоне состояния смятения и отчаяния возможны суицидные тенденции.

Если шизофренический процесс начинается у детей с негрубым отставанием в психическом развитии, то чаще всего он протекает непрерывно, с нарастанием негативной симптоматики в виде эмоциональной тупости, абулии, резонерства с персеверациями и элементами разорванности. При выраженной умственной отсталости шизофренический процесс проявляется в виде приступов немотивированного страха, кататонических проявлений, а у старших детей — бредоподобных идей с бедной, монотонной фабулой (*пфропфшизофрения*). Течение болезни на фоне врожденной умственной отсталости отличается злокачественностью, резко утяжеляя проявления интеллектуальной недостаточности, разрушая сформированные за предыдущие годы адаптивные возможности ребенка, его школьные знания и навыки.

Существует своеобразное патологическое, пограничное с детской шизофренией состояние личности — ранний детский аутизм, впервые описанный Л. Каннером. Такие дети нередко рождаются у эмоционально холодных матерей. С грудного возраста младенцы обращают на себя внимание своеобразием поведения. Они не ищут материнского тепла, ласки, отстраняются от матери, избегают смотреть ей в глаза. У детей не формируется потребность в общении. Их игры стереотипны и малосодержательны. Часто наблюдается стереотипное манипулирование предметами по нескольку часов в день. Речь малышей отличается вычурными модуляциями, персеверациями, стереотипиями и эхолаличными ответами. Они дают бурную негативную реакцию на малейшее изменение привычной для них

обстановки, годами могут играть в одну и ту же игру. Для коррекции психического развития дети нуждаются в длительной работе с психологом, педагогом, психиатром.

К шизофреническому кругу заболеваний принадлежит и детская деменция, описанная Т. Геллером. Заболевание начинается в 3–4 года, причем обычно у миловидных детей с «лицом ангела». Внезапно дети испытывают беспричинный страх, кричат, у них появляются кататонические симптомы, возникают речевые стереотипии и персеверации, продуктивный контакт с ребенком нарушается. За 1–2 года малыш полностью перестает пользоваться речью, не проявляет никакой целенаправленной активности, временами беспричинно плачет и кричит. Контакт с больным установить невозможно, причем взгляд ребенка ясный и производит впечатление осмысленного.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Мы рассмотрели различные варианты отклонений в психической деятельности людей — от близких к норме пограничных патологических состояний до тяжелых психических заболеваний с грубой дезинтеграцией личности.

Причинами психопатологических проявлений, нередко являются наследственная предрасположенность, патология беременности и родов, поэтому имеет смысл психопрофилактическую и психокоррекционную работу с беременными начинать уже в генетической и женской консультациях.

В раннем детстве, с 1 года до 3 лет, отчетливо выявляются аномалии сенсорных и моторных функций, отклонения речевого и психического развития. В этот период проявляют себя негармоничные формы семейного воспитания, отражающиеся на поведении детей, расстройства адаптации ребенка к спонтанно возникающим детским группам и к пребыванию в дошкольных детских учреждениях. Нарушение социальной адаптации особенно ярко проявляется в синдромах гиперактивности и раннего детского аутизма. Выявляются психопатические и психопатоподобные особенности личности.

В дошкольном возрасте негрубые сенсорные и моторные дефекты могут сглаживаться, но ин-

теллектуальная недостаточность становится более очевидной. Начинают ярко проявляться патохарактерологические реакции детей, стереотипизируются психопатические формы поведения. Окружающим резко бросаются в глаза нарушения функций общения — как аутичность, так и гиперактивность. Ряд речевых расстройств может выходить в клинической картине патологии на первое место (алалия, дизартрия, заикание и пр.). Становятся заметными вследствие органического поражения головного мозга апракто-агностические нарушения, что проявляется в неловкости мелкой моторики, в нарушениях пространственной ориентировки, в искаженных рисунках и в трудностях при овладении навыками чтения, письма и счета. В этот период жизни часто проявляют себя невротические реакции, эпилепсия и детская шизофрения.

В младшем школьном возрасте на первое место нередко выдвигается проблематика расстройств адаптации ребенка к школе и школьная неуспеваемость, что особенно часто связано с временными задержками психического развития и с врожденной умственной отсталостью легкой степени. Различные личностные деформации и невротические состояния приводят к осложненным взаимоотношениям с соучениками и учителями.

В средних классах общеобразовательных и специальных школ на первый план выходит проблема, связанная с протеканием пубертатного возрастного криза. Особенно бурно он проявляется у детей с последствиями органического поражения головного мозга, с психопатиями и акцентуациями характера. В этом возрасте часто возникают неврозы, обостряется течение эпилепсии, нередко наблюдаются дебюты шизофрении. У де-

тей с сенсорной, двигательной и тяжелой речевой недостаточностью в этот период резко падает самооценка, возникают депрессивные состояния с переживанием собственной инвалидизации, с суицидными мыслями и действиями.

В юношеские и зрелые годы встречается весь основной спектр психических заболеваний и патологических состояний личности. Это приводит прежде всего к дезадаптации людей в производственной и семейной жизни. Люди с сенсорной, двигательной и речевой недостаточностью склонны объяснять свои жизненные неудачи только наличием у них соответствующего дефекта. У людей с интеллектуальной недостаточностью нередко возникают реактивные состояния в ответ на собственную беспомощность в проблемных ситуациях.

Многие больные старшего возраста остаются без профессиональной помощи, так как родственники расценивают болезненные симптомы как заострение свойств их характера, что приводит к резким осложнениям жизни пожилых людей в семьях, к падению их социального статуса.

Таким образом, в комплексе с другими специалистами оказывается абсолютно необходимой работа психолога в плане психодиагностики, психологической коррекции, психотерапии, психологической реабилитации больных, в отношении психопрофилактической работы и ведении психологического сопровождения и поддержки пациентов после перенесенного заболевания или при его затяжном, хронизированном течении.

ЛИТЕРАТУРА

Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Практическая патопсихология.— Ростов-на-Дону: «Феникс», 1996.

Жариков Н. М., Урсова Л. Г., Хритинин Д. Ф. Психиатрия.— М.: «Медицина», 1989.

Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия.— М.: «Медицина», 1994, т. 1, 2.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста.— М.: «Медицина», 1995.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия.— Л.: «Медицина», 1985.

Руководство по психиатрии / Под ред. Г. В. Морозова.— М.: «Медицина», 1988, т. 1, 2.



СОДЕРЖАНИЕ

ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ